



Affektmentalisierung in analytischen Psychotherapien

*Eine Erstanwendung der Grille de l'Élaboration Verbale de
l'Affect (GEVA) und der Mesure pour l'Identification des
Contenus Affectifs (MICA) auf deutschsprachiges klinisches
Material*

Lena Maria Splinter

Affektmentalisierung in analytischen Psychotherapien

*Eine Erstanwendung der Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (GEVA) und
der Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs (MICA) auf
deutschsprachiges klinisches Material*

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von
Lena Maria Splinter

Erstgutachter: Prof. Dr. Wolfgang Mertens
Zweitgutachter: Prof. Dr. Andreas Hamburger
Tag der mündlichen Prüfung: 12.02.2021

Danksagung

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekts und widmet sich der Erforschung von Therapieprozessen. Mein größter Dank gilt den teilnehmenden Patienten und Therapeuten. Ihre Offenheit, ihr Mut und ihre Großzügigkeit, mit der sie die Inhalte ihrer Psychotherapiestunden Forschern zur Verfügung stellen, ermöglicht erst die genaue Untersuchung des Geschehens in Psychotherapien und hilft dabei, psychologische Behandlungen noch wirksamer zu gestalten.

Bei Prof. Dr. Wolfgang Mertens, dem Erstgutachter dieser Arbeit, bedanke ich mich für seinen umfassenden fachlichen Rat und sein äußerst bereicherndes und inspirierendes psychoanalytisches Wissen, das nicht nur diese Arbeit, sondern auch meine Berufswahl ganz entscheidend geprägt hat. Prof. Dr. Andreas Hamburger, Zweitgutachter dieser Arbeit, ist nicht nur ein hervorragender Supervisor, sondern hat sich tatkräftig mit der Organisation von GEVA-Schulungen und länderübergreifenden Doktorandenkolloquien dafür eingesetzt, dass diese Dissertation entstanden ist. Mein Dank gilt auch Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter und Dr. Julia Barten-Hohn, die mich stets mit wichtigen Informationen zum Projekt versorgt und sehr freundlich beraten haben. Prof. Serge Lecours, der die GEVA entwickelt hat, danke ich für meine GEVA-Raterschulung in Montréal, für die Unterstützung bei der Auswertung und für seine beeindruckende Offenheit für kritische Auseinandersetzungen mit den Inhalten der GEVA – Merci beaucoup, Serge! Ein großer Dank geht auch an die Baumgart-Stiftung, deren Stipendium es mir möglich gemacht hat, diese Arbeit trotz vieler anderer Verpflichtungen fertigzustellen.

Ich hatte und habe das große Glück, dass viele tolle Menschen mich und damit auch die Entstehung dieser Arbeit auf ganz unterschiedliche Art und Weise unterstützt haben, sei es durchs Rücken freihalten, durch ihre Liebe, durch ihren Humor oder mit fachlichem Rat. Tausend Dank an Chris, Romy, Leo, Petra, Peter und Simon!

Zusammenfassung

Die Studie untersucht, *ob* und *wie* sich die *Mentalisierung verschiedener Affekte* im Verlauf einer analytischen Psychotherapie bei Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen verändert. Zudem wird der Einfluss der Therapeuten auf die Affektmentalisierung der Patienten analysiert. Zu diesem Zweck werden zwei Therapeut-Patienten-Dyaden qualitativ auf Mikroebene ausgewertet, um Hypothesen darüber abzuleiten, welche *affektiven therapeutischen Interventionen Veränderungsprozesse* in der Affektverbalisation begünstigen bzw. hemmen könnten.

Um die verschiedenen Emotionen zu identifizieren sowie deren spezifischen Ausdruck hinsichtlich ihrer Mentalisiertheit differenziert zu erfassen, werden im Rahmen dieser Studie erstmals die *Grille de l'Élaboration Verbale de L'Affect (GEVA)* und die *Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs (MICA)* des französisch-kanadischen Psychoanalytikers Serge Lecours auf deutschsprachiges klinisches Material angewendet. Das im französischen Sprachraum bereits etablierte, sehr aufwendige Verfahren ist hierzulande bislang wenig bekannt und soll daher umfassend mit seinen theoretischen Grundlagen vorgestellt, gewürdigt und evaluiert werden. Zudem werden Zusammenhänge zwischen den GEVA- und MICA-Werten mit dem Mentalisierungsmaß *Reflexive Funktionsskala (RFS)* sowie mit einem Maß für die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome, der *Symptom-Checkliste (SCL-90-R)*, untersucht.

Zur Beantwortung der eben skizzierten Fragen wurden im Rahmen des *Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekts* insgesamt 43 transkribierte Therapiestunden und 14 *Adult Attachment Interviews (AAI)* von fünf Patienten zu drei bis sechs Messzeitpunkten mit der GEVA und der MICA ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass es sich bei der Affektmentalisierung um höchst individuelle Prozesse handelt, die bei jedem Patienten unterschiedlich verlaufen, auch wenn sich Muster andeuten. Die GEVA- und MICA-Werte korrelieren in keinem bedeutsamen Ausmaß mit der *Reflexiven Funktionsskala*. Es zeigen sich aber Zusammenhänge zwischen der Mentalisierung von einzelnen Emotionen und der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (SCL-90-R). Die qualitative Auswertung legt nahe, dass ein mentalisierungsanregender therapeutischer Stil darin besteht, dass sich der Therapeut zunächst der Emotionsverbalisation des Patienten angleicht, Emotionen teilweise mentalisierter zurückspiegelt und in emotionalen Krisen zusätzlich positive Emotionen verbalisiert. Die Anwendung der GEVA und MICA ist sehr zeitaufwendig und könnte an verschiedenen Stellen verbessert werden. Das Verfahren, seine Anwendungsgebiete und mögliche Modifikationen werden umfassend diskutiert.

Schlüsselwörter: psychoanalytische Langzeittherapie, Affektmentalisierung, Mentalisierung, Affekte, Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs (MICA), Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (GEVA)

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	i
Abbildungsverzeichnis	ii
Tabellenverzeichnis	iv
1. EINLEITUNG	1
2. THEORETISCHER HINTERGRUND.....	4
2.1 Mentalisierung	4
2.1.1 Mentalisierung nach Fonagy und Kollegen – die britische Sichtweise auf Mentalisierung	5
2.1.2 Mentalisierung nach Lecours & Bouchard und ihre Vorläufer – die französische Sichtweise auf Mentalisierung.....	7
Entstehungsgeschichte der GEVA	9
Pierre Marty – Mentalisierung als Repräsentanzennetzwerk im Vorbewussten	10
Pierre Luquet – Überlegungen zu Sprache und psychischer Struktur	14
Henry Krystal – Desomatisierung und Affektverbalisierung	16
Serge Lecours und Marc-André Bouchard – Die GEVA: Mentalisierung als psychische Transformation von Emotionen.....	19
2.1.3 Unterschiede zwischen den Mentalisierungskonzepten von Fonagy und Lecours.....	25
2.2 Emotionstheorien.....	30
2.2.1 Psychologische Emotionstheorien	30
2.2.2 Die Theorie der emotionalen Subsysteme (Krause)	31
2.2.3 Die Theorie zur Entwicklung diskreter Emotionen (Izard)	32
2.3 Forschungsergebnisse zur GEVA (und MICA).....	34
2.4 Psychotherapieforschung	36
2.4.1 Aktueller Stand der Psychotherapieforschung	37
2.4.2 Prozessorientierte Einzelfall-Forschung.....	39
2.5 Verzahnung der Theorien und abgeleitete Fragestellungen	42
3. METHODISCHES VORGEHEN	44
3.1 Das Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt	44
3.2 Stichprobe der vorliegenden Arbeit.....	45
3.3 Die Forschungsinstrumente	46
3.3.1 Das Adult Attachment Interview und die Reflexive Funktionsskala	46
3.3.2 Die SCL-90-R - Symptomcheckliste bei psychischen Störungen.....	48
3.3.3 Das GEVA-Manual	49
Theoretisches Modell der GEVA und Weighted Score.....	49
Regeln zur Identifizierung affektiver Einheiten (Segmentierung)	52
Rating und Entscheidungshilfen.....	54
3.3.4 La Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs - Messinstrument zur Identifikation Affektiver Inhalte	59
3.4 Untersuchungsplan und konkrete Fragestellungen	66

4. ERGEBNISSE	71
4.1 Einzelfallauswertungen	71
4.1.1 Patient 1.....	71
4.1.2 Patient 2.....	81
4.1.3 Patientin 3.....	92
4.1.4 Patientin 4.....	101
4.1.5 Patientin 5.....	108
4.2 Statistische Zusammenhänge zwischen GEVA- und MICA-Werten und anderen Verfahren	117
4.2.1 Korrelation von GEVA und MICA-Werten mit der Reflexiven Funktionsskala (RFS)	117
4.2.2 Korrelation von GEVA- und MICA-Werten mit zwei globalen Kennwerten der SCL-90-R.....	118
4.3 Zusammenspiel von Patient und Therapeut nach GEVA und MICA	119
4.3.1 Gegenüberstellung der impliziten und expliziten Mentalisierung in Therapie 1.....	122
4.3.2 Gegenüberstellung der impliziten und expliziten Mentalisierung in Therapie 3.....	138
4.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse der qualitativen Auswertung.....	151
5. DISKUSSION	157
5.1 Veränderung der Affektmentalisierung im Therapieverlauf und in den AAls.....	158
5.2 Korrelation der GEVA mit anderen Messverfahren	166
5.3 Wie kommen Veränderungen in der Affektmentalisierung zustande?	168
5.4 Evaluation der GEVA	172
5.4.1 GEVA und MICA im Vergleich mit anderen Emotionsmessverfahren.....	172
5.4.2 Was erfassen GEVA und MICA – und was nicht?	174
5.4.3 Probleme bei der Segmentation und dem Rating von Texten: Zeitaufwand.....	176
5.4.4 Probleme beim Scoring 1: Bewertung oder Handlung?.....	177
5.4.5 Probleme beim Scoring 2: Bilder und Metaphern versus verbaler Kanal	178
5.4.7 Probleme bei der Auswertung 2: Die Aussagekraft des Weighted Scores.....	179
5.5 Kritische Zusammenfassung und resümierende Betrachtung.....	182
5.6 Fazit	184
6. LITERATURVERZEICHNIS.....	186
7. ANHANG	195
Anhang A - La Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (<i>GEVA</i>) (French for Verbal Elaboration of Affect Scale) Scoring Manual Version 7 (June 2013) und La Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs (<i>MICA</i>).....	195
Anhang B - Interviewleitfaden des Adult Attachment Interviews	196
Anhang C - Auswertungsbogen – Skala des Reflexiven Selbst.....	200
Anhang D - SCL-90-R Fragebogen	201
Anhang E - Verwendetes Datenmaterial für die Einzelfalldarstellungen in den Therapien	203
Anhang F - Verwendetes Datenmaterial für die Einzelfalldarstellungen in den AAls.....	221
Anhang G - Verwendetes Datenmaterial für die Korrelation von <i>GEVA</i> und <i>MICA</i> mit der <i>RFS</i>	231
Anhang H - Verwendetes Datenmaterial für die Korrelation von <i>GEVA</i> und <i>MICA</i> mit der <i>SCL-90-R</i>	232

Abkürzungsverzeichnis

AAI	Adult Attachment Interview
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen)
GEVA	Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect
GSI	Global Severity Index (globaler Kennwert der SCL 90-R)
HAM-D	Hamilton Rating Scale for Depression
MICA	Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs
PSDI	Positive Symptom Distress Index (globaler Kennwert der SCL 90-R)
r	Korrelationskoeffizient nach Pearson
RCT	Randomisiert-kontrollierte Studie
RFS	Reflexive Funktionsskala, auch: Skala des Reflexiven Selbst
SKID II Fragebogen	Das strukturierte klinische Interview für DSM-IV
SCL-90-R	Symptom-Checklist-90®
T	Time of Measurement; Messzeitpunkt

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das „Raster“ der GEVA bestehend aus der Achse Level (Abstraktions-, Toleranz- oder Containmentniveau) und der Achse Kanal (Ausdrucks- oder Repräsentationsmodalität).....	20
Abbildung 2: Visualisierung des Weighted Scores im Raster der GEVA.....	50
Abbildung 3: Entscheidungsbaum für die Kanalbestimmung nach der GEVA (aus: Lecours, 2013, S. 18)	55
Abbildung 4: Entscheidungsbaum für die Levelbestimmung im motorischen Kanal nach der GEVA (aus: Lecours, 2013, S. 21).....	56
Abbildung 5: Entscheidungsbaum für die Levelbestimmung im verbalen Kanal nach der GEVA (aus: Lecours, 2013, S. 20).....	57
Abbildung 6: Darstellung es Studiendesigns.....	66

Auswertung Patient 1

Abbildung 7: Patient 1 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf	71
Abbildung 8: Patient 1 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf	72
Abbildung 9: Patient 1 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) von Emotionsclustern sowie Trauer und Angst im Zeitverlauf.....	73
Abbildung 10: Patient 1 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) von Emotionsclustern, Trauer und Angst im Zeitverlauf	74
Abbildung 11: Patient 1 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf	75
Abbildung 12: Patient 1 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf	75
Abbildung 13: Patient 1 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf.....	76
Abbildung 14: Patient 1 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf.....	76
Abbildung 15: Patient 1 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf	79
Abbildung 16: Patient 1 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf	79

Auswertung Patient 2

Abbildung 17: Patient 2 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf	82
Abbildung 18: Patient 2 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf	82
Abbildung 19: Patient 2 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) von Emotionsclustern sowie Trauer und Angst im Zeitverlauf.....	83
Abbildung 20: Patient 2 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) von Emotionsclustern, Trauer und Angst im Zeitverlauf	84
Abbildung 21: Patient 2 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf	85
Abbildung 22: Patient 2 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf	85
Abbildung 23: Patient 2 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf.....	86
Abbildung 24: Patient 2 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf.....	87
Abbildung 25: Patient 2 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf	90
Abbildung 26: Patient 2 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf	91

Auswertung Patientin 3

Abbildung 27: Patientin 3 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf	93
Abbildung 28: Patientin 3 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf	93
Abbildung 29: Patientin 3 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) von Emotionsclustern sowie Trauer und Angst im Zeitverlauf	94
Abbildung 30: Patientin 3 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) von Emotionsclustern, Trauer und Angst im Zeitverlauf	95
Abbildung 31: Patientin 3 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf	95
Abbildung 32: Patientin 3 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf	96
Abbildung 33: Patientin 3 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf	98
Abbildung 34: Patientin 3 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf	99

Auswertung Patientin 4

Abbildung 35: Patientin 4 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf	101
Abbildung 36: Patientin 4 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf	102
Abbildung 37: Patientin 4 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) von Emotionsclustern sowie Trauer und Angst im Zeitverlauf	102
Abbildung 38: Patientin 4 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) von Emotionsclustern, Trauer und Angst im Zeitverlauf	103
Abbildung 39: Patientin 4 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf	104
Abbildung 40: Patientin 4 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf	104
Abbildung 41: Patientin 4 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf	106
Abbildung 42: Patientin 4 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf	107

Auswertung Patientin 5

Abbildung 43: Patientin 5 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf	108
Abbildung 44: Patientin 5 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf	109
Abbildung 45: Patientin 5 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) von Emotionsclustern sowie Trauer und Angst im Zeitverlauf	109
Abbildung 46: Patientin 5 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) von Emotionsclustern, Trauer und Angst im Zeitverlauf	110
Abbildung 47: Patientin 5 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf	111
Abbildung 48: Patientin 5 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf	111
Abbildung 49: Patientin 5 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf	112
Abbildung 50: Patientin 5 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf	112
Abbildung 51: Patientin 5 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf	115
Abbildung 52: Patientin 5 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) von einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf	115

Auswertung Patient-Therapeut-Interaktionen in Therapie 1 und in Therapie 3

Abbildung 53: Patient 1 - Implizite Mentalisierung (Quantität) der häufigsten Emotionen im Zeitverlauf.....	122
Abbildung 54: Therapeut 1 - Implizite Mentalisierung (Quantität) der häufigsten Emotionen im Zeitverlauf	122
Abbildung 55: Therapie 1 - Explizite Mentalisierung (Weighted Scores) von Patient und Therapeut im Vergleich	124
Abbildung 56: Patientin 3 - Implizite Mentalisierung (Quantität) der häufigsten Emotionen im Zeitverlauf.....	138
Abbildung 57: Therapeutin 3 - Implizite Mentalisierung (Quantität) der häufigsten Emotionen im Zeitverlauf	138
Abbildung 58: Therapie 3 - Explizite Mentalisierung (Weighted Scores) von Patientin und Therapeutin im Vergleich	140
Abbildung 59: Patienten 1-5 Schwankungen in den Emotionen Feindseligkeit gegen andere, Trauer, Angst (Qualität, Weighted Scores) der Patienten im Zeitverlauf	159
Abbildung 60: Darstellung eines möglichen Repräsentanznetzwerks für die Emotion Trauer.....	180
Abbildung 61: Darstellung eines „idealtypischen“ Scatterplots für die Emotion Trauer nach GEVA und MICA ...	181

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispielhafte Berechnung des Weighted Scores für die Emotion Ärger gegen andere	51
Tabelle 2: Tabellarische Darstellung der verwendeten Zusatzcodierungen.....	52
Tabelle 3: Fragestellungen der Studie im Überblick.....	70
Tabelle 4: Emotionale Aussagen von Patient 1 im Wortlaut.....	78
Tabelle 5: Emotionale Aussagen von Patient 2 im Wortlaut.....	89
Tabelle 6: Emotionale Aussagen von Patientin 3 im Wortlaut.....	98
Tabelle 7: Emotionale Aussagen von Patientin 4 im Wortlaut.....	106
Tabelle 8: Emotionale Aussagen von Patientin 5 im Wortlaut.....	114
Tabelle 9: Korrelationen nach Pearson zwischen Weighted Scores (explizite Mentalisierung) der GEVA und der Reflexiven Funktion, Signifikanz (2-seitig) $p > .05$.*; N=14	117
Tabelle 10: Korrelationen nach Pearson zwischen Weighted Scores der GEVA und dem GSI und dem PSDI, Signifikanz (2-seitig) $p > .05$.*; N variierend	119

1. Einleitung

Nahezu alle Patienten, die sich therapeutische Unterstützung suchen, haben Probleme mit ihren Emotionen. Sie empfinden zu viel Angst, Trauer, Scham, Ärger, Hilflosigkeit oder andere unangenehme Gefühle. Sie leiden unter Stimmungsschwankungen, haben den Eindruck, nicht genug Freude zu erleben, oder beklagen mangelndes Interesse oder Verlangen. Es ist auch denkbar, dass gar nicht das Vorherrschen eines spezifischen Gefühls, sondern seine Intensität Grund für die Aufnahme zur Therapie ist. Vielleicht drücken sich unangenehme Emotionen auf schwer erträgliche Art und Weise körperlich aus und verursachen Herzrasen oder Atemnot. Möglich ist auch, dass manche Affekte immer sofort in Handlungen überführt werden müssen, zum Beispiel wenn sich Ärger unkontrolliert entlädt und so Beziehungen schädigt. Dies verdeutlicht, dass so gut wie jede psychische Erkrankung unabhängig von ihrer konkreten Manifestation mit unangenehmen Emotionen und deren defizitärer innerer oder äußerer Regulation zu tun hat.

Es ist anzunehmen, dass gerade auch aus diesem Grund Affekte spätestens seit den 80er Jahren im Mittelpunkt des Interesses der psychoanalytischen Entwicklungsforschung stehen. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde aus dieser Forschung legen nahe, dass insbesondere frühe Bezugspersonen Kindern dabei helfen, Affekte zu regulieren, zu benennen und zu mentalisieren. Unter einer gelungenen Affektmentalierung im Erwachsenenalter wird die Fähigkeit verstanden, Emotionen bei sich selbst und bei anderen zu erkennen und sie als reichhaltige innere Zustände zu erleben, die mit Bildern, Erinnerungen und eher schwächer ausgeprägten Handlungsimpulsen und körperlichen Erlebensmustern verknüpft sind. Das affektive Erleben sollte dabei im besten Fall auch bei negativen Emotionen tolerierbar und in einem gewissen Rahmen modulierbar sein.

Da der Umgang mit Affekten früh gelernt und geformt wird, sind individuelle emotionale Erlebensweisen häufig zeitlich stabil und nicht immer bewusst – Malatesta (1990) spricht in diesem Zusammenhang von emotionalen Lebensdrehbüchern, Krause (2012) von „emotional scripts“ (S. 215).

Dieser Arbeit liegt die Annahme zugrunde, dass Patienten ihr spezifisches und persönliches emotionales Skript, das ein maßgeblicher Grund für die Aufnahme der Therapie ist, während der Therapiesitzungen auf mehr oder minder bewusste Weise mit Worten ausdrücken. Die vielzitierte Aussage Freuds (1916), nach der Psychotherapie ein Austausch von Worten sei sowie die Grundannahme, dass ebendieser Austausch von Worten zwischen Therapeut und Patient Heilung ermöglicht, legt eine Untersuchung von emotionalen Worten in Therapien nahe. Bislang wurde jedoch im deutschsprachigen Raum kein Verfahren angewendet, das den verbalen Ausdruck verschiedener Affekte hinsichtlich seiner Mentalisiertheit, Symbolisierung und Tolerierbarkeit einschätzt. Die *GEVA* und die *MICA* zielen darauf

ab, diese Verfahrenslücke zu schließen. Sie sollen es gemäß Lecours, Bouchard, St-Amand und Perry (2000) als bislang einzige Instrumente ermöglichen, verbale Affektausdrücke direkt anhand der frei gesprochenen Worte in ihrer Mentalisiertheit einzustufen.

Da angenommen wird, dass Affektregulation und Affektmentalisierung früh in engen Beziehungen erlernt werden und der Weg von „einer dyadischen Regulation zur Selbstregulation“ (Krause, 2006, S. 40) verläuft, eignen sich psychoanalytische Langzeittherapien für eine Erstanwendung der *GEVA* und *MICA*. Psychoanalytische Therapien schreiben der Therapiebeziehung eine wichtige „Heilwirkung“ (Benecke, 2016, S. 41) zu und sind hinreichend lang, um auch nachhaltige, strukturelle Veränderungen in der Emotionswahrnehmung und in der Emotionsregulation zu erreichen (Leuzinger-Bohleber, 2005). Die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit, die anhand der Protokolle psychoanalytischer Langzeittherapien untersucht werden soll, lautet: *Kann die verbalisierte Affektmentalisierung im Verlauf von psychoanalytischen Langzeittherapien verändert werden?*

Da die Fähigkeit zur Mentalisierung von Emotionen in Zweierbeziehungen erlernt wird, sollen auch die Rolle und der Einfluss des Therapeuten auf die *Affektmentalisierung* des Patienten untersucht werden. Gibt es spezifische Gesprächstechniken oder emotionale Interventionen, die die *Affektmentalisierung* beim Patienten anregen? Verschiedene Theoretiker gehen davon aus, dass manche Beobachtungen aus Mutter-Kind-Interaktionen auch auf den Therapieprozess übertragbar seien (Luborsky, 2013). Ist es tatsächlich so, dass Therapeuten die Emotionen ihrer Patienten markieren, „verdaut“ zurückspiegeln oder sogar in Anlehnung an die Ammensprache (englisch: *motherese*) teilweise in einer Art „*therapese*“ (Fonagy, 2010) sprechen? Um dieser Frage nachzugehen, werden Gesprächssequenzen aus den Therapiesitzungen mit der *GEVA* und *MICA* ausgewertet. Die zugrundeliegende Frage lautet dabei: *Wie mentalisieren Therapeuten im Vergleich zu den Patienten Affekte und wie können Therapeuten die Affektmentalisierung bei den Patienten anregen?*

Auch wenn die *GEVA* und die *MICA* bereits in einigen französisch- und englischsprachigen Studien angewendet wurden und interessante Ergebnisse erzielten (siehe Kapitel 2.3), sind beide Verfahren bislang wenig bekannt und haben sich in der Psychotherapieforschung noch nicht bewährt. Diese Arbeit hat es daher auch zum Ziel, die Instrumente umfassend vorzustellen und kritisch zu beleuchten. Um sie zu evaluieren, werden einzelne *GEVA*- und *MICA*-Werte mit Werten der etablierten *Symptom-Checkliste (SCL-90-R)*, einem Maß für subjektiv empfundene, psychische und körperliche Beeinträchtigung, und dem bekannten und bewährten Mentalisierungsmaß, der *Reflexiven Funktionsskala (RFS)* verglichen. Basierend auf einer qualitativen Auswertung am Stundenmaterial soll auch eine *klinische Einschätzung* von Konflikten oder bedeutsamen Themen der Therapiestunden den Ergebnissen der *GEVA* und *MICA*

gegenübergestellt werden: *Erfassen GEVA und MICA tatsächlich die klinisch relevanten Themen?*
Worauf ist bei einer Auswertung mit GEVA und MICA zu achten?

Um zunächst den theoretischen Hintergrund (Kapitel 2) zu beleuchten, werden Konzepte zur Mentalisierung vorgestellt, beginnend mit dem derzeit bekanntesten Mentalisierungsmodell nach Allen, Fonagy und Bateman, (2008). Anschließend wird ein besonderer Fokus auf französischsprachige Psychoanalytiker gelegt, auf deren Überlegungen die *GEVA* basiert und die den Ursprung ihrer Theorien zur Affektmentalisierung nicht in der Bindungstheorie, sondern in freudianischen Konzepten verorten. Danach wird ausführlicher auf das Konzept der Mentalisierung von Serge Lecours und Marc-André Bouchard (1997) eingegangen, das der *Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (GEVA)* zugrunde liegt. Abschließend werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der „französischen“ (Lecours und Bouchard) und der „britischen“ (Fonagy und Kollegen) Sichtweise auf Mentalisierung herausgearbeitet. Der zweite Abschnitt des Theorieteils befasst sich mit Emotionstheorien im Allgemeinen und stellt im Speziellen die Emotionstheorie von Carroll Izard (1981) vor, auf der die *Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs (MICA)* in großen Teilen basiert. Um diese Untersuchung in den Kontext der bisherigen Arbeiten unter Verwendung von *GEVA* und der *MICA* zu stellen, fasst Kapitel 2.3 frühere Studienergebnisse zusammen. Abschnitt 2.4 widmet sich schließlich der Psychotherapieforschung generell sowie im Besonderen der psychoanalytischen Prozess- und Einzelfallforschung. Das Kapitel endet mit einer Ableitung der relevanten Forschungsfragen.

Der Methodenteil stellt die verwendeten Instrumente vor: Die *Reflexive Funktionsskala* (Fonagy et al., 1998) dient der Einschätzung und Veränderungsmessung der Mentalisierungsfähigkeit nach dem britischen Konzept und wird im Rahmen des *Adult Attachment Interviews* (Main & Goldwyn, 1998) gemessen. Die *Symptom Checklist SCL-90-R* von L. R. Derogatis (Franke, 2002) ist ein Maß für die subjektiv empfundene Beeinträchtigung und die wahrgenommene Schwere der Belastung. Die *GEVA* und die *MICA* stehen im Zentrum dieser Arbeit und werden detailliert vorgestellt. Das naturalistische Studiendesign des *Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt (MBWP)* und die Patienten der Untersuchung werden beschrieben.

Das Kapitel „Ergebnisse“ (Kapitel 4) stellt Resultate für Entwicklungen in der *Affektmentalisierung* im Zeitverlauf auf Einzelfallbasis vor. Statistische Berechnungen von Korrelationen zwischen verschiedenen *GEVA*- und *MICA*-Werten und der *RFS* sowie *GEVA*- und *MICA*-Werten und ausgewählten Kennwerten der *SCL-90-R* werden anschließend berichtet. Für die Frage nach dem *Wie* der Veränderungsprozesse rundet die qualitative Auswertung von zwei Einzelfällen den Ergebnisteil ab.

Der Diskussionsteil (Kapitel 5) fasst die Ergebnisse im Rahmen der Forschungsfragen zusammen, erörtert diese und leistet eine differenzierte und kritische Auseinandersetzung mit den Instrumenten *GEVA* und *MICA*. Die Arbeit schließt mit einer Gesamtbewertung der Studie, nennt deren Einschränkungen, fasst die Haupteckkenntnisse zusammen und leitet Implikationen für weitere Forschungsvorhaben ab.

2. Theoretischer Hintergrund

Der Theorieteil dieser Arbeit dient dazu, die Studie sowie ihre Ergebnisse in das Theoriegebäude der psychoanalytischen Konzepte einzuordnen. Dabei gibt es drei zentrale Themen, die für die Fragestellungen und das Design der vorliegenden Arbeit von Bedeutung sind: Die psychoanalytische Therapieforschung, die Theorien zur Mentalisierung und Emotionstheorien. Da die Affektmentalierung im Zentrum dieser Arbeit steht, beginnt der folgende Abschnitt mit einer Einführung in verschiedene Konzepte zur Mentalisierung.

2.1 Mentalisierung

Nicht ganz ohne Provokation haben Fonagy, Allen und ihre Kollegen (2008) dazu aufgefordert, Mentalisieren als Grundlage jeder psychotherapeutischen Behandlung anzusehen, und auch andere Autoren gehen davon aus, dass Mentalisieren ein Faktor in allen Psychotherapien ist, wenn diese wirksam sind (Schultz-Venrath, 2015). Mentalisierung wird dabei als die Kernfähigkeit des Menschen angesehen, seine eigenen sowie fremde psychische Befindlichkeiten zu begreifen. Das Mentalisierungskonzept integriert verschiedene Theorien aus der Entwicklungspsychologie, der Psychoanalyse und aus der Neurowissenschaft. Einem breiten Fachpublikum wurde der Begriff der Mentalisierung durch die Arbeiten von Peter Fonagy und seinen Kollegen vor zirka 25 Jahren bekannt. Sie ordnen ihr Konzept in einer intersubjektiven Matrix an. Es geht dabei im Wesentlichen um Begegnungsmomente zwischen zwei Menschen und um die Art und Weise, wie Menschen ihre inneren Zustände anderen mitteilen.

Weniger bekannt ist jedoch, dass nicht Peter Fonagys Heimat Großbritannien, sondern Frankreich das Ursprungsland des Begriffs der „mentalisation“ (Fain & Marty, 1964) ist. Bereits in den 60er Jahren begannen Theoretiker der *École de psychosomatique de Paris*, der *Pariser Psychosomatischen Schule*, zunächst den Begriff der „pensée opératoire“ (Marty & de M'Uzan, 1963) und etwas später das Konzept der *mentalisation* zu verwenden, um das konkretistische Denken, die Phantasiearmut und die fehlenden psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von psychosomatischen Patienten zu beschreiben. Als Grund für die Einschränkungen dieser Patientengruppe vermuteten sie, dass somatische Erregungen nicht

(ausreichend) in psychische Repräsentanzen transformiert werden konnten, und schlussfolgerten, dass zur Behandlung psychosomatischer Störungen eine andere „Gesprächskunst ..., um die Arbeit des Vorbewussten zu unterstützen und anzuregen“ (Aisenstein & Smadja, 2011, S. 63) erforderlich sei als für neurotische Patienten. Diese „französische Sichtweise“ auf Mentalisierung mit einem Fokus auf die Sprache und auf die Entkörperlichung von Affekten unterscheidet sich in verschiedenen Aspekten stark von der britischen. Mit einer großen Wertschätzung für die triebtheoretischen Annahmen Freuds betrachteten Psychoanalytiker wie Pierre Marty (1991) oder Pierre Luquet (1987) den Somatisierungsprozess als Ergebnis von Regression und von Triebentbindung. Unter der Annahme, dass es manchen Menschen nicht gelinge, ihre Gedanken mit Triebenergien zu verbinden, führten sie Zustände wie psychische Desorganisation sowie die Ausbildung schwerer und tödlicher Krankheiten auf fehlende Mentalisierung zurück. Diese Gedanken wurden im Laufe der Zeit weiterentwickelt und ausgeweitet, indem andere Störungsbilder als die psychosomatischen inkludiert wurden: So beschrieb de M'Uzan (2003) zum Beispiel, dass auch Patienten mit perversen Strukturen ein Defizit in der Mentalisierung aufwiesen. Triebe und Affekte sowie deren Versprachlichung bilden jedoch auch in neueren Ausführungen den Dreh- und Angelpunkt der französischen Theorie zur *mentalisation* (Schultz-Venrath, 2015).

Bevor die französische Geschichte der *mentalisation* und die britische Auslegung des Konzepts detaillierter vorgestellt werden, sei angemerkt, dass auch Theoretiker, die keiner der beiden Schulen zugeordnet werden können, Überlegungen zu den psychischen Vorgängen und Verarbeitungsmodi gemacht haben, die wir unter dem Begriff „Mentalisierung“ zusammenfassen (Schultz-Venrath, 2015). Der amerikanische Kognitionswissenschaftler Jerry Fodor veröffentlichte beispielsweise 1975 seine repräsentationale Theorie des Geistes, die Ähnlichkeiten zu den vorab angerissenen Konzeptualisierungen aufweist. Fodor (1975) ging davon aus, dass der menschliche Geist als eine Syntax verstanden werden kann, die aus Repräsentationen besteht. Die zum Geist gehörende hypothetische Sprache bezeichnete er als „mentalesisch“.

2.1.1 Mentalisierung nach Fonagy und Kollegen – die britische Sichtweise auf Mentalisierung

Das in der psychologischen Szene sehr bekannte Mentalisierungskonzept von Peter Fonagy und seiner Arbeitsgruppe (2004) basiert auf der Annahme, dass alle psychischen Phänomene, insbesondere menschliches Denken und Handeln, durch intentionale Zustände verstanden werden können. Beim Mentalisieren handelt es sich um einen Prozess, eine mentale Aktivität: Verstehe ich, wie meine innerpsychische Welt und die innerpsychische Welt von anderen aussieht? Kann ich Gedanken, Absichten und Gefühle wahrnehmen und differenzieren (Kirsch, Brockmann & Taubner, 2016)?

Die zugrunde liegende Fähigkeit ist eng verbunden mit der *Theory of Mind*. Diese erwerben Kinder im Schnitt zwischen drei und vier Jahren – sie erkennen in diesem Alter, dass sie selbst und auch andere Menschen Wesen mit Wünschen und Absichten sind, und können sich so Handlungen und Verhaltensweisen (anderer) sinnhaft erklären. Anders als die *Theory of Mind* nimmt die Mentalisierungstheorie jedoch in erster Linie den zwischenmenschlichen Austausch in den Blick und ist damit stark auf das Wissen über Affekte bezogen. Die Fähigkeit zu mentalisieren variiert zwischen Menschen und auch bei einzelnen Menschen je nach Situation: Stress schränkt die Fähigkeit zu mentalisieren ein, und auch die Beziehung zum Gegenüber hat einen starken Einfluss darauf, wie gut das Mentalisieren gelingt.

Mentalisieren wird als eine intersubjektiv erworbene Fähigkeit angesehen, die sich in der Kindheit entwickelt und abhängig ist von der Affektregulation und der Qualität der Bindung zu den ersten Bezugspersonen:

Benecke und Brauner (2017) beschreiben, dass eine „grundlegend intersubjektive Emotionsregulation“ (S. 151) die Basis der Mentalisierungsfähigkeit ist. Diese Emotionsregulation gelingt besonders gut in sicheren frühen Bindungsbeziehungen, in denen ausreichend feinfühlig Eltern mit ihren Kindern interagieren. Gergley und Watson (1996) haben in ihrem Modell der sozialen Biofeedback-Theorie der elterlichen Spiegelung ausformuliert, wie dieser Prozess des „interaktiven Affekt-Transfer“ (Schore, 2007, S. 76) aussehen könnte, in dem ein Kind lernt, seine zunächst heftigen und überwältigenden Affekte zu erkennen und zu regulieren. Sie gehen davon aus, dass Eltern vom Kind gezeigte Emotionen aufgreifen und markiert zurückspiegeln. Diese Markierung bedeutet, dass Eltern die Emotion des Kindes demselben hinreichend verschieden rückmelden, zum Beispiel durch eine andere Stimmmodulation oder eine aufmerksamkeitserzeugende Prosodie beispielsweise in Kombination mit Benennung der Emotion, so wie es kultur- und länderübergreifend auch im Babytalk der Fall ist (Papoušek & Papoušek, 1991). Durch diese Markiertheit des Affektausdrucks entkoppeln Kinder diesen Ausdruck von den Eltern und beziehen ihn auf sich selbst, oder nach Dornes (2000): „Das Kind bezieht ihn nicht nur auf sich selbst im Sinne, dass es sich davon angesprochen fühlt, sondern auch in dem Sinne, dass es ihn als Ausdruck und Widerspiegelung seines eigenen Affektzustandes versteht“ (S. 196). Dieser Vorgang, der als referentielle Verankerung beschrieben wird, führt dazu, dass die Formen der dyadischen Affektregulierung nach und nach internalisiert werden, Selbstrepräsentanzen sich ausbilden und schließlich Selbstregulation möglich wird. Die Grundlage, dass eben beschriebener Prozess gelingt, besteht darin, dass Bezugspersonen die kindlichen Affekte erkennen und adäquat zurückspiegeln. Fonagy und Target (2004) haben beschrieben, dass in einem misslungenen Affektspiegelungsprozess, zum Beispiel wenn die Mutter auf ein trauriges Kind vorwiegend wütend reagiert, Kinder diese Affekte

in ihre Selbststruktur integrieren. Krause (2006) fasst zusammen, dass beispielsweise häufig ausgedrückter Ekel der Mutter dazu führen könne, dass Kinder später mehr Scham empfinden; Ärger würde häufig Angst beim Kind verursachen und Trauer im Gesicht der Mutter könne mangelnde Selbstliebe etablieren. Gelingt diese interaktionale AffektAbstimmung in den meisten Fällen, so entwickelt sich zunehmend die Mentalisierungsfähigkeit (Benecke & Brauner, 2017), wobei angemerkt werden muss, dass diese Prozesse nicht direkt hintereinander ablaufen, sondern sich gegenseitig beeinflussen (Taubner, 2015). Die sich entwickelnde Mentalisierungsfähigkeit bezieht sich in der Folge nicht nur auf Affekte, sondern generell darauf, mentale Zustände bei sich selbst und anderen zu erkennen, zu verstehen und zu reflektieren.

Fonagy und seine Kollegen (2004) entwickelten ihr Mentalisierungskonzept auf Grundlage der Borderline-Störung. Sie sehen den Kern dieser psychischen Erkrankung in einer vernachlässigten oder gar missbräuchlichen Eltern-Kind-Beziehung mit einhergehender Bindungsstörung. Die fehlende oder inkongruente Affektspiegelung, die Menschen mit Borderline-Erkrankung in der Kindheit erlebt haben, schlägt sich in einem fremden Selbsterleben wieder. Es ist diesen Kindern auch als Erwachsene häufig nicht möglich, gute innere Arbeitsmodelle zur Einschätzung komplexer Situationen zu entwickeln. Sie verfallen daher (vor allem unter Stress) häufiger in prämentalistische Modi wie in den teleologischen oder den Äquivalenz-Modus oder blockieren Mentalisierung ganz, um sich selbst und die Nähe zu missbräuchlichen Bezugspersonen zu schützen. Die Fähigkeit zur Mentalisierung kann jedoch auch bei psychisch gesunden Menschen manchmal beeinträchtigt sein oder versagen, zum Beispiel wenn Bindungen als bedroht wahrgenommen werden, in Krisen oder anderen Stressmomenten.

Zum Konzept der Mentalisierung gehört auch die Metakognition: Sie erlaubt es, über mentale Zustände und Denkprozesse von anderen und damit auch über das eigene Denken und das Denken allgemein nachzudenken. Der Begriff Mentalisierung wird auch deshalb häufig synonym mit reflexiver Kompetenz verwendet. Zur Messung der Mentalisierungsfähigkeit entwickelten Fonagy, Target und Steele (1998) die *Reflexive Funktionsskala (RFS)*, die im Methodenteil dieser Arbeit vorgestellt wird (siehe Abschnitt 3.3.1).

2.1.2 Mentalisierung nach Lecours & Bouchard und ihre Vorläufer – die französische Sichtweise auf Mentalisierung

Der folgende Abschnitt stellt das Mentalisierungsmodell von Lecours und Bouchard (1997) sowie dessen theoretische Grundlagen und seine Entstehungsgeschichte vor. Dabei nehme ich zunächst Bezug auf einen Vortrag von Serge Lecours, den er 2015 in Berlin hielt und in dem er beschrieb, wie es zur Entwicklung der GEVA, kam. Im Anschluss wird auf die Überlegungen von Pierre Marty (1991), Pierre

Luquet (1987) und Henry Krystal (1988) eingegangen, die zu großen Teilen das theoretische Fundament der *GEVA* bilden. Die Texte der eben genannten Autoren liegen bislang kaum in deutschen oder englischen Übersetzungen vor und werden daher ausführlich dargestellt. Aus den französischen Originaltexten von Marty (1991) und Luquet (1987) wurden für die Darstellung teilweise französische Ausdrücke übernommen und durch *Kursivierung* hervorgehoben.

Lecours (1997, 2007, 2013) erwähnt an mehreren Stellen auch Sigmund Freud und Wilfred Bion als Inspiratoren für seine Mentalisierungstheorie. Da die Theorien von Freud und Bion in der Literatur bereits ausführlich behandelt wurden, sollen sie hier nur angerissen werden: Zu Freud sei gesagt, dass Theoretiker der französischen psychosomatischen Schule sich auf sein erstes topisches Modell (Ansiedelung der Mentalisierung im Vorbewussten) berufen sowie auf einige seiner Symptommodelle Bezug nehmen: Freuds Überlegungen zu den somatischen Symptomen der Aktualneurose oder auch seine Sichtweise auf organische Krankheiten in Zusammenhang mit der Libido-Ökonomie (Rückführung erotischer Objektbesetzung auf das erkrankte Organ) und der Triebtheorie (Todes- bzw. Destruktionstribe) finden sich an verschiedenen Stellen wieder.

Von Bion (1963) wurde in weiten Teilen die Idee des Containments übernommen. Auch wenn sich in den französischen Texten kein ausdifferenziertes Entwicklungsmodell zur *mentalisation* oder zur Ausbildung von Repräsentanzen findet, so wird doch häufiger das Bionsche Modell vorausgesetzt und an manchen Stellen beschrieben, wie die Mutter dem Kind Affekte spiegelt und eine wichtige Rolle dabei spielt, die rudimentär-körperlichen Affekte des Kindes zu versprachlichen und damit tolerabel zu machen. Die Überlegungen von Marty, Luquet, Krystal und Lecours folgen daher aus meiner Sicht den von Bion geprägten Annahmen der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, auch wenn sie die Mutter-Kind-Interaktion nicht in den Fokus stellen. Lecours und Bouchard (1997) teilen außerdem die Vorstellung, dass unverdaute emotionale vorsymbolische Empfindungen (Beta-Elemente) durch die Alpha-Funktion in erträgliche, verdauliche Alpha-Elemente umgewandelt werden müssen, auch wenn bei Lecours und Bouchard (1997) die zunächst somatischen und motorischen Affektkorrelate nicht zwangsweise wie die Beta-Elemente bei Bion „mit einem Katastrophengefühl verbunden sind“ (Bion, 1963, S. 71). Die Frage, wie emotionale Erfahrungen „gedacht“ und symbolisiert werden, steht auch in Bions Überlegungen zum Aufbau der menschlichen Psyche im Vordergrund. Die *GEVA* ähnelt dem „Grid“ (Bion, 1963) in ihrer an ein Periodensystem angelehnten Struktur äußerlich und inhaltlich vor allem in Bezug auf die vertikale Achse, in der Bion die Entwicklung des Denkens über emotionale Erfahrungen nachzeichnet. Die *GEVA* bildet auf ihrer Y-Achse ebenfalls unterschiedliche Containment-Level ab. Die rohen, unassimilierten Sinneseindrücke (Beta-Elemente), die den Nullpunkt von Bions Raster bilden, ähneln den unmentalisierten somatischen Wahrnehmungen im „Nullpunkt“ der *GEVA*. Für eine

Gegenüberstellung der GEVA und Bions Grid verweise ich auf die Darstellung von Mertens (2018) in „Psychoanalytische Schulen im Gespräch über die Konzepte Wilfred R. Bions“.

Entstehungsgeschichte der GEVA

Serge Lecours ist ein französischer Psychoanalytiker und Professor an der *Université de Montréal* in Kanada. Seine Ideen zur Mentalisierung wurden erstmals 1997 mit dem Artikel „Dimensions of Mentalisation: Outlining Levels of Psychic Transformations“, den er zusammen mit seinem Kollegen Marc-André Bouchard publizierte, einem breiteren Fachpublikum vorgestellt. Sein Interesse an dem Thema entstand jedoch deutlich früher. So beschrieb er in einem Vortrag in Berlin 2015, dass er während seiner Ausbildung zum Psychoanalytiker Ende der 80er Jahre häufig mit einer psychosomatischen Patientengruppe in Kontakt kam, die statt über ihre Gefühle nur über ihren Körper sprach. Er begann sich dafür zu interessieren, wie es zu Störungen dieser Art kam und überlegte, wie man Menschen helfen könnte, dass aus diesen körperlichen Erfahrungen psychische werden. Er wurde in der französisch-sprachigen Literatur fündig, wo ihn vor allem Arbeiten der *Pariser Psychosomatischen Schule* rund um den Analytiker Pierre Marty begeisterten, die das Konzept der *mentalisation* beinhalteten. Auch der französische Psychoanalytiker Pierre Luquet sowie der amerikanische Professor Henry Krystal lieferten ihm wichtige Ideen zur Affektwahrnehmung und zum Umgang mit inneren Konflikten. Unter einer guten Mentalisierung verstand Lecours (2015) nach der Lektüre von Marty, Luquet und Krystal dass (auch negative) Affekte im besten Fall als eine bedeutungsvolle, reiche subjektive Erfahrung empfunden werden können, die tolerierbar ist und über die man nachdenken kann. Das Problem bei seinen psychosomatischen Patienten wiederum sah er darin, dass sie ihre Affekte nicht oder nicht ausreichend symbolisieren konnten und diese über den Körper ausstießen oder ausagierten. Er nahm jedoch auch viele Nuancen in der Somatisierung wahr – so erschienen ihm manche vermuteten Konflikte der psychosomatischen Patienten greifbarer und bewusstseinsnäher als andere. Da er schon zuvor begonnen hatte, mit schriftlichen Therapietranskripten zu forschen, war es für ihn naheliegend, auch die feinen Abstufungen der Affektmentalisierungsfähigkeit seiner Patienten in diesen Texten zu untersuchen. Er ging davon aus, dass sich in den Aussagen bzw. in den Worten der Patienten die innere Gefühlsrepräsentation ausdrücke. Um diese verbalen Anker der Gefühle zu identifizieren, entwickelte er basierend auf Martys, Luquets und Krystals Theorien die *Grille de l'Élaboration Verbale de L'Affect* und begann, mit ihr zu forschen.

Lecours (2015) arbeitete mit seinem Mentalisierungsmaß, bevor Peter Fonagy 1991 mit seinem Artikel „Thinking about Thinking“ damit begann, erstmals Grundlagen für seine Theorie zur Mentalisierung zu publizieren. Da die Konzepte in Lecours Einschätzung in vielerlei Hinsicht unterschiedlich sind und sich in den letzten 25 Jahren ein Bedeutungswandel zum britischen Konzept hin vollzogen habe, versuche er

mittlerweile, seinen Forschungsgegenstand nicht mehr als Mentalisierung, sondern als Affektmentalierung oder als verbale Elaboration des Affekts zu umschreiben. Mit Elaboration meine er damit aber niemals den bloßen Gebrauch eines Emotionsworts, sondern immer auch eine Fähigkeit, das jeweilige Gefühl im Sinne von Bion zu containen und zu tolerieren.

Im Zeitverlauf modifizierte Lecours (2015) die *GEVA* immer wieder, und sein Forschungsinteresse änderte sich. So untersuchte er anfangs, ob verschiedene Menschen generell dazu neigten, ihre Konflikte oder affektive Zustände auf bestimmten *Containment-Leveln* und durch bestimmte *Kanäle* (also durch den Körper oder z.B. durch Bilder) auszudrücken. Beim Arbeiten mit seinen Patienten gewann er jedoch nach und nach den Eindruck, dass es nicht alle Konflikte oder alle Emotionen, sondern häufig einzelne Affekte oder zusammengehörende Affektgruppen waren, die Menschen mit bestimmten Störungsbildern nicht ausreichend gut mentalisieren konnten. Auch höher strukturierte Patienten, die an sich gut über ihre Gefühle sprechen könnten und damit im Ergebnis fast alle Personen hätten ihre „emotional dark zones“ (wörtliches Zitat aus dem Vortrag, aber auch bei Lecours & Bouchard, 1997, S. 871). Er kombinierte seitdem die *GEVA* mit der *Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs (MICA)*, um die Elaboration verschiedener Emotionen zu erforschen. Derzeit gelte sein Hauptinteresse der Emotion *Trauer*. Er gehe davon aus, dass ein reichhaltiges Erleben und das Durcharbeiten dieses Gefühls mit psychischer Gesundheit assoziiert sei.

In den folgenden Abschnitten werden die Theoretiker vorgestellt werden, auf deren Ideen die *GEVA* basiert.

Pierre Marty – Mentalisierung als Repräsentanzennetzwerk im Vorbewussten

In der französischsprachigen Literatur zur Psychoanalyse wird Pierre Marty als Begründer der modernen psychosomatischen Medizin bezeichnet (Debray, 1998). Seine Konzepte der *pensée opératoire* (mechanisches Denken), der *dépression essentielle* (essentielle Depression) und der *mentalisation* (Mentalisierung) gehören zur klassischen französischen Metapsychologie. Marty und andere Theoretiker der *École de psychosomatique de Paris*, im Folgenden *Pariser Psychosomatische Schule* genannt, die sich parallel zur Lacanischen Bewegung in den 50er-Jahren in Frankreich herausbildete, beschäftigen sich seit den 60er-Jahren intensiv mit Somatisierungsprozessen und betonen, dass Affekte der bevorzugte Weg zu unbewusstem Material seien (Aisenstein, 2011).

Martys (1991) Ideen, die zur Entwicklung der *GEVA* beigetragen haben, finden sich vor allem in seinem Text „*mentalisation et psychosomatique*“ wieder, in dem er Annahmen der Affektverarbeitung mit den Freudschen Konzepten der Triebtheorie sowie mit Annahmen des topischen Modells verbindet.

Marty (1991) geht in seiner Mentalisierungstheorie davon aus, dass Menschen fortlaufend verschiedensten Erregungen ausgesetzt seien, die aus dem Zusammentreffen von äußeren Situationen sowie ihren eigenen Instinkten und Trieben herrührten. Mit diesen Erregungen umzugehen, sie abzuführen, sie in etwas umzusetzen oder sich wieder von ihnen zu distanzieren, sei die Hauptaufgabe des Menschen. Dabei gibt es nach Marty (1991) verschiedene Möglichkeiten der Abführung: Die Erregungen können mental bearbeitet werden, sie können aber auch motorisch oder somatisch abgeführt werden. Gelingt die Abfuhr nicht oder nur unzureichend, so befällt sie irgendwann den somatischen Apparat, und es kann zu körperlichen Erkrankungen kommen.

Entscheidend für den Umgang mit den Erregungen des Lebens ist nach Marty (1991) die Mentalisierung, die er auch als *élaboration psychique*, als psychische Verarbeitung, bezeichnet. Die *mentalisation* ist für ihn eine Arbeit des Vorbewussten. Die Qualität dieser Arbeit und damit die Qualität des Vorbewussten wird in seinem Modell durch drei Achsen bestimmt: die *épaisseur* (Tiefendimension), die *fluidité* (Beweglichkeit) und die *permanence* (Stetigkeit). Auf einer granulareren Ebene beinhaltet das Vorbewusste in seiner Vorstellung individuelle psychische Repräsentanzen, die miteinander verknüpft sind. Marty sieht in den Repräsentanzen die Basis allen geistigen Lebens. Sie entstünden durch wiederholte Wahrnehmungen, die sich einprägten und mnestische Spuren hinterließen und dabei von angenehmen oder unangenehmen Stimmungen begleitet werden. Nach Martys Ansicht ermöglichen sie Tagesphantasien und nächtliches Traumgeschehen.

An einem Beispiel soll verdeutlicht werden, wie sich Marty die Bildung von Repräsentanzen vorstellt: Ein männlicher Säugling greift und befühlt eine Puppe. Zunächst ist dieses Erlebnis ein haptisches, er fühlt, welche Struktur der Gegenstand hat, wie er beschaffen ist. Er erlernt das Wort Puppe, das sich fortan mit den haptischen Eindrücken verbindet. Im Spiel mit der Mutter wird diese Puppe dann wie ein echtes Baby behandelt, und der Junge erkennt, dass Puppen auch für Babys stehen, für kleine Kinder. Er genießt das Spiel mit der Mutter und fühlt sich dabei geborgen. Später in der Pubertät lernt der junge Mann, dass sexuell attraktive, ihn erregende Frauen von seinen Freunden in seiner Clique als „Puppe“ bezeichnet werden, und er übernimmt den Wortgebrauch. Das Wort verbindet sich nun vielleicht mit sexueller Erregung. Die Wortrepräsentanz „Puppe“ hat nun für diesen Mann verschiedene Bedeutungen und ist mit unterschiedlichen Emotionen und Erinnerungen verknüpft. Sie hat symbolischen und affektiven Wert. Man kann sich die Repräsentanz in ihrer Struktur wie ein Spinnennetz vorstellen, bei dem das Wort Puppe im Zentrum steht. Dieses Netz ist wiederum mit anderen netzartigen Repräsentanzen verbunden: Im obigen Beispiel wären das vielleicht die Repräsentanz der Mutter sowie die Repräsentanz für Geborgenheit und die für sexuelle Erregung. Durch die netzartigen Verbindungen entsteht so in der Vorstellung Martys (1991) im Vorbewussten eine

Schicht aus Wörtern, Gefühlen und Erinnerungen. Die Dichte und die Größe dieses Netzes, die Quantität und Qualität der sich darin befindenden Repräsentanzen und die Flexibilität und Konstanz ihrer Verbindungen untereinander bezeichnet er als Mentalisierung. Je solider oder dicker diese Schichten sind, desto besser gelingt es dem Menschen, auch heftige negative Erfahrungen im Inneren abzufangen, einzuordnen, zu verarbeiten und schließlich in das Repräsentanzennetzwerk aufzunehmen (Marty, 1991). Neben Wortrepräsentanzen wie im Beispiel Puppe gibt es in Martys Theorie auch Sachrepräsentanzen. Letztere beschreiben sinnlich-perzeptive Erlebnisse oder zum Beispiel Verhaltensmuster. Meist würden aus Sachrepräsentanzen in der menschlichen Entwicklung durch Kommunikation und innere Reflexion Wortrepräsentanzen.

Zusammenfassend besteht nach Marty (1991) die vorbewusste Qualität der Mentalisierung darin, wie verfügbar und wie zeitlich stabil die Repräsentanzen sind und wie stark sie untereinander verwoben sind. Ein weiterer wichtiger Aspekt besteht in seiner Konzeption durch die Verknüpfung zeitlicher Aspekte von Repräsentanzen – bündeln sie verschiedene Bedeutungen und Gefühle aus unterschiedlichen Epochen? Eine gute, flexible und stabile Verknüpfung der Netzwerke liefert nach dieser Annahme reichhaltige Assoziationen. Um zum obigen Beispiel zurückzukommen: In dem Mann würden Erinnerungen an das Spiel mit der Mutter und damit verbundene Gefühle der Geborgenheit hochkommen, wenn in seinem Traum eine Puppe auftaucht, gleichzeitig vielleicht aber auch Erinnerungen an die Zeit mit seinen Freunden in der Adoleszenz und an die „Puppen“, die sie begehrten.

Es gibt nach Marty (1991) verschiedene Möglichkeiten, wie die Mentalisierung gestört sein kann. Es könnte möglich sein, dass Repräsentanzen mit affektivem und symbolischem Wert gar nicht erst erworben werden. Dies ist seiner Ansicht nach bei mangelnder mütterlicher Zuneigung oder einer starken Disharmonie zwischen Mutter und Kind der Fall. Es könnte jedoch auch möglich sein, dass schon erworbene Repräsentanzen vermieden oder unterdrückt werden oder dass es zu einer Desorganisation kommt, die das System des Vorbewussten schwer beschädigen kann.

Psychische Erkrankungen sieht Marty (1991) in diesem Theoriegebilde wie folgt:

- Die klassischen Neurosen, die intrapsychisch entstehen und aus der Opposition gegensätzlicher Tendenzen entstehen, kommen bei gut mentalisierenden Neurotikern vor. Diese Personengruppe verfügt an sich über reichhaltige und vielschichtige Repräsentanzennetzwerke und hat im Normalfall keine Probleme mit freier Assoziation. Sexuelle oder aggressive Triebe stehen jedoch in jeder Form (anal, oral, genital) sowohl miteinander als auch mit Idealen und Geboten des Ichs und des Über-Ichs in Konflikt. Kommt es nun zu einem schmerzhaften Verlust oder einer anderen heftigen Erregung und trifft diese auf psychisch

aktive Konfliktzentren, kann zum Beispiel eine symptomatische Depression entstehen, die jedoch reversibel ist und durch Traumarbeit bewältigt werden kann.

- Bei weniger gut mentalisierenden Neurotikern kann es sein, dass Repräsentanzen zwar (rudimentär) erworben wurden, dann aber unterdrückt oder vermieden werden aufgrund negativer (zum Beispiel gewaltsamer) Ereignisse. Damit ist keine Verdrängung im klassischen Sinne gemeint, sondern eher eine Art internes Denkverbot, das ein gesamtes Repräsentanzennetzwerk lähmen kann.
- besonders prekär ist nach Marty die Lage für Menschen, die (den Begriffen der *Pariser Psychosomatischen Schule* folgend) an einer „*névrose de comportement selon*“ (Fain, 1994, S. 151) leiden. Diese „reinen Verhaltensneurotiker“ konnten nur äußerst insuffiziente Repräsentanzen ausbilden, zum Beispiel weil keine ausreichend gute Bezugsperson vorhanden war. Die Mutter hätte in dem Fall des Jungens gar nicht erst mit ihm (und der Puppe) gespielt. Zwar hätte der Junge gelernt, dass es ein Spielzeug namens Puppe gibt, aber das Wort wäre in seinem Inneren konkretistisch und bedeutungsleer. Das innere Repräsentanzen-Netzwerk ist bei den Menschen mit einer *névrose de comportement selon* in seiner Quantität oder Qualität so eingeschränkt, dass Erregungen immer über Aktionen wie zum Beispiel körperliche Aktivitäten wie Laufsport, lautstarke Reaktionen oder Konsum von Alkohol ausgedrückt werden müssen. Problematisch wird es für diese Patientengruppe häufig dann, wenn die motorische Art der Abfuhr unmöglich wird oder wenn zu heftige äußere Ereignisse auftreten. Wenn Erregung durch Aktion nicht abgeführt werden kann, kommt es zur Desorganisation des mentalen Apparates. Diese zeigt sich nach einem kurzen Erregungsexzess durch eine Negativsymptomatik: Es kommt zur Absenkung des vitalen Tonus und zu einem kompletten Verlust der Lebensenergie, die Marty (1966) als „*dépression essentielle*“ (S. 595) bezeichnete.

Lecours (2015) hat von Marty viele theoretische Annahmen sowie einige Begrifflichkeiten übernommen. Er folgt Martys Auffassung, dass eine gelungene Affektmentalierung als Puffer für Schicksalsschläge fungiert und es verschiedene Abstufungen in dieser Fähigkeit gibt. Von Marty stammt ebenfalls die Wichtigkeit von (Wort-)Repräsentanzen sowie die Vorstellung, dass die Gegebenheiten der Netzwerke, insbesondere deren Reichhaltigkeit bzw. Kargheit, deren Fluidität und deren Konstanz den Kern der Mentalisierungsfähigkeit bildeten. Obwohl Marty (1991) keine Kanäle im Sinne der GEVA beschreibt, so benennt er dennoch Arten, wie Menschen Affekte ausdrücken – somatisch, motorisch und verbal. Er beschreibt ebenfalls Arten des Konflikts- oder Affektausdrucks, die sich eher in Träumen finden und nah am Primärprozesshaften sind. Diese Beschreibungen finden sich in Lecours Modell der GEVA im imaginativen Kanal wieder.

Pierre Luquet – Überlegungen zu Sprache und psychischer Struktur

Pierre Luquet war ein französischsprachiger Psychoanalytiker, der unter anderem auch die Buchreihe „*Le Fait psychanalytique*“ herausgegeben hat. Er war vier Jahre nach Pierre Marty Vorsitzender der *Société Psychoanalytique de Paris* und lehrte in Bern und Lissabon. Sein Werk beinhaltet vor allem Überlegungen zur Rolle der sprachlichen Gedankenstruktur in Zusammenhang mit psychischen Problemen. Er betonte stets die für ihn herausragenden Rolle der Sprache im analytischen Prozess. Insbesondere für die Niveau-Achse der GEVA, die das Level der Mentalisierung ausdrückt, wurde Serge Lecours stark von Pierre Luquets Texten „*Le changement dans la mentalisation*“ (1981), vor allem aber von dem Artikel „*Langage, pensée et structure psychique*“ (Sprache, Gedanken und psychische Struktur) beeinflusst, der 1987 in einer bekannten französischsprachigen psychoanalytischen Fachzeitschrift veröffentlicht wurde.

Luquet (1987) beschreibt in seinem Artikel zur Sprache und zur psychischen Struktur die Entwicklung von verschiedenen Denkformen und der damit einhergehenden Umstrukturierung und Reorganisation des inneren Erlebens. Er beschäftigt sich insbesondere mit der Wichtigkeit der Sprachentwicklung. Sein Ausgangsgedanke besteht darin, dass Sprache per se reduktionistisch sei: Mit Wörtern könne man immer nur eine Sache zu einer Zeit sagen. Es sei deshalb wünschenswert, dass Sprache und die verwendeten Wörter aussagekräftig und elaboriert seien. Da es sowieso nur möglich sei, einen kleinen Ausschnitt aus seiner erlebten Realität zu berichten, sei die Wahl der Wörter von immenser Wichtigkeit. In ihnen sollten nach Möglichkeit viele Ebenen zusammengeführt werden, um sich bestmöglich mitteilen zu können. Auch innere Dialoge profitierten von einer „*langue riche*“ (S. 268), einer reichhaltigen Sprache, da unsere Innenwelt – zumindest die, über die wir nachdenken und die wir beschreiben können – durch Sprache strukturiert sei.

Luquets (1987) Mentalisierungskonzept ist an das von Marty angelehnt. Luquet beschreibt die *mentalisation* als verschiedene Formen des Denkens, die eng mit der Reife des psychischen Apparats verbunden sind. Die vier Arten der Mentalisierung oder des Denkens, die sich in der menschlichen Entwicklung realisieren sollen und die in engem Zusammenhang zu Freuds ersten topographischen Modell stehen, sollen hier vorgestellt werden.

Die *Pensée primaire* (primärprozesshaftes Denken, primäre Mentalisierung) beschreibt die erste Stufe einer rudimentären Mentalisierung und ist nach Luquet (1987) unbewusst: Sie entstammt dem Es und ist damit auf das mentale Funktionsniveau der ersten Lebensmonate des Menschen bezogen. Ihr Inhalt wird vor allem von körperlichen Bedürfnissen bestimmt, insbesondere von den oralen. Die Art des Denkens ist für Luquet (1987) ein Äquivalent zum psychischen Aspekt des Triebs, und die inneren

Repräsentationen oder primären Symbole sind analog dazu fast ein Äquivalent der realen Handlung. So könnte beispielsweise die Hinbewegung zur Brust oder die Saugbewegung an derselben als rudimentäres implizites Handlungskonzept gedanklich abgespeichert sein.

In einem weiteren Entwicklungsschritt, der zeitlich mit der analen Phase zusammenfällt, kommt es zu einem Anstieg in der Mentalisierung. Hier entwickeln sich nach Luquet (1987) zwei Arten von Gedanken, die er in Subsystemen des ersten topographischen Modells anordnet.

Luquet (1987) geht davon aus, dass zunächst die *pensée metaprimaire symbolique* (vorbewusst-symbolisches Denken, sekundär-symbolische Mentalisierung) entsteht. Diese Art des Denkens enthalte die ersten sekundärprozesshaften Symbole. Innere Assoziationsketten würden möglich, wobei diese teilweise noch von primärprozesshaften Gedanken durchbrochen würden und auch in ihrer Logik eher am Primärprozess orientiert seien. Es entstünden auch erste Formen der Abwehr und der Kompromissbildung. In der weiteren Entwicklung würden diese vorbereusst-symbolischen Gedanken mehr und mehr vom Ich strukturiert. Beziehungen zum Objekt spielten eine zunehmend zentralere Rolle und hinterließen Spuren in den Gedanken. Spontanität und Assoziationsfluss entstünden. Nach und nach verschwänden die rudimentären Symbole zugunsten von Bedeutungszuwachs. Die ersten Muster von Objektbeziehungen würden verinnerlicht und zeigten sich in spontanen Aussagen und Assoziationen. Oft bestimmten sie den Inhalt von Träumen oder Kunstwerken. Was man sich im Beispiel der *pensée primaire* als eine Abspeicherung der Saugbewegung an der Brust vorstellen könne, könne hier analog die angedeuteten Formen einer Brust in abstrakten Kunstwerken sein, die der Künstler in einem spontanen Schaffensprozess generiere.

Luquet (1987) geht davon aus, dass in psychotherapeutischen Sitzungen die *pensée metaprimaire symbolique* den Kern der Übertragungsbeziehung formt. Er nimmt an, dass es eine Tendenz im Menschen gibt, verinnerlichte Beziehungsmodelle aus der Entwicklungsphase der *pensée metaprimaire symbolique* immer wieder herzustellen. Diese Art der abgespeicherten Beziehungsmuster seien kaum verbalisierbar. Um Wörter für diese Art der Gedanken zu finden, sei häufig ein langer psychoanalytischer Prozess nötig.

Ebenfalls während der analen Phase entsteht nach Luquet (1987) ein weiterer Schritt Richtung Versprachlichung: Es kommt zur Ausbildung der *pensée (intuitive) metaconsiente* (intuitiv-vorbewusstes Denken, sekundär-intuitive Mentalisierung). Diese Art von Gedanken seien stärker an der Realität orientiert. In der Entwicklung der Repräsentanzen komme es zu einem immer größer werdenden Einfluss des Sekundärprozesshaften. Es sollten erste Assoziationen zu Wörtern entstehen.

Dabei gibt es gemäß Luquets (1987) Vorstellung eine große Ähnlichkeit zu intuitiven Gedanken, die das Handeln leiten und in dem Moment bewusst werden, in dem sie ausformuliert werden. Die Phase der *pensée metaconsiente* bezeichnet Luquet (1987) auch als kreative Inkubationsphase – sie ermögliche schnelle, freie (dem Bewussten unter bestimmten Voraussetzungen zugängliche) Assoziationsketten. Oft zeigten sich die *pensée (intuitive) metaconsiente* in Präferenzen oder Vorurteilen.

Die letzte Stufe der Mentalisierungsentwicklung bezeichnet Luquet (1987) als *pensée verbale* (verbalsprachliches Denken, verbale Mentalisierung). In diesem Stadium seien die inneren Zustände in Wörter transferiert. Erst diese Art von Wörtern und Bildern sei für die soziale Kommunikation angemessen und erstrebenswert. Verbale Gedanken seien dabei untereinander logisch strukturiert und abrufbar. Sie bestimmten einen Großteil des erwachsenen Denkens. Obwohl die Mentalisierungsart der verbalen Gedanken weiter weg vom emotional Aufgeladenen und weiter weg von körperlichen Prozessen sei, sollte in Luquets (1987) Idealvorstellung eine Verbindung zu den vorherigen Mentalisierungsformen bestehen. Sonst drohe eine leere, intellektualisierte Sprache. Eine lebendige Sprache vereint für Luquet in den Wörtern immer auch noch Spuren zu den niedrigeren Mentalisierungsstufen.

Lecours (2015) hat aus Luquets Theorie vor allem die Wichtigkeit des *pensée verbale*, also des verbalsprachlichen Denkens bzw. Mentalisierens übernommen. Auch im Modell der GEVA sind Worte (und nicht innere Bilder) die höchste Stufe der Mentalisierung. Die GEVA betont die Wichtigkeit der Versprachlichung innerer Prozesse. Auch die Level bzw. die Containment-Achse der GEVA orientiert sich an Luquets Abstufungen des Denkens.

Henry Krystal – Desomatisierung und Affektverbalisierung

Henry Krystal war Professor an der Michigan State University und praktizierender Psychoanalytiker. Er ist vor allem bekannt für seine Arbeit mit Holocaust-Überlebenden und seinen Publikationen zu diesem Thema. Sein zweiter Forschungsschwerpunkt umfasste die Themen Trauma, Alexithymie und Emotionen, wovon insbesondere die Arbeiten zur Affektentwicklung wichtige Inspirationen zur Entwicklung der GEVA enthielten. Bei seinen traumatisierten und suchtkranken Patienten wurde Krystal (1974) häufig Zeuge von undifferenzierten Affektstürmen. Diese Affektregressionen, begleitet von Desymbolisierung, Deverbalisierung und Resomatisierung, die er als Versagen der Bionschen Alpha-Funktion ansah, inspirierten ihn zu seiner Emotionstheorie. Ich möchte an dieser Stelle einige Aspekte von Krystals Überlegungen zu Affekten und zum Prozess der Affektverbalisierung herausgreifen, die Lecours für die Entwicklung der GEVA übernommen hat.

Ein Affekt, so wie wir ihn bei erwachsenen Menschen beobachten, besteht nach Krystal (1974, 1975, 1988) aus einer kognitiven, einer hedonistischen, einer expressiven sowie einer aktivierenden Komponente. Die kognitive Komponente bezieht sich auf die Bedeutung des Affekts sowie dessen persönliche Geschichte. Die hedonistische Affektkomponente ist relevant für die Motivation und bezieht sich auf die Dimension „angenehm versus unangenehm“ – auch diese ist von Mensch zu Mensch verschieden. So kann sich zum Beispiel Angst bei einem Marathon hauptsächlich unangenehm und beschämend anfühlen, wenn man bereits mit einer Niederlage rechnet. Sie kann aber auch eine lustvolle Komponente aufweisen, wenn Hoffnung auf den Sieg besteht (was wiederum maßgeblich durch die persönliche Affektgeschichte, die kognitive Komponente bestimmt wird). Die expressive Komponente bezieht sich auf die physiologischen Aktivierungszustände, Gesichtsausdrücke oder Handlungen, die mit diesem emotionalen Erleben verbunden sind. Teile davon sind genetisch angelegt, andere kulturell über- oder geformt. Erst wenn diese drei Komponenten vorhanden und wahrnehmbar sind, hat eine Person nach Krystal (1988) ein „erwachsenes Gefühl“. Er benennt auch eine vierte Komponente – die aktivierende. Damit ist der generelle Arousal-Zustand einer Person und ihre Reaktionsgeschwindigkeit gemeint.

Krystal (1974) benennt für die emotionale Entwicklung des Menschen zwei Linien: Die Ausdifferenzierung verschiedener Gefühle sowie einen gekoppelten Prozess aus fortschreitender Verbalisierung und gleichzeitiger Desomatisierung. Krystal (1988) geht davon aus, dass Emotionen zunächst nicht als mentales Geschehen wahrgenommen werden, sondern als diffuse somatische Spannungszustände. Der expressive Emotionsausdruck hat für ihn zu dieser Zeit vor allem eine Signal- und Informationsfunktion für die engen Bezugspersonen: So versteht beispielsweise die Mutter, dass ihr Kind unangenehme Gefühle erlebt, wenn es weint und beruhigt es im Idealfall. Krystal (1975) vermutet, dass aus diesen beiden Urzuständen bzw. Urgefühlen, die mit Wohlbefinden und Unwohlbefinden beschrieben werden könnten, sich nach und nach verschiedene Gefühle entwickeln. Dabei geht er davon aus, dass die Entwicklung einzelner Emotionen teilweise einem genetischen Plan folgt. Die emotionale Entwicklung sei außerdem gekoppelt an motorische und intellektuelle Fähigkeiten in speziellen Altersstufen: In den ersten Monaten würden die zunächst lustvollen oder unlustvollen physiologischen Aktivierungsmuster durch sich herausbildende muskuläre Fähigkeiten und Bewegungsfähigkeiten in motorische umgewandelt. Krystal (1988) geht soweit zu sagen, dass sich die Emotionen nur dann weiterentwickeln, wenn man „etwas tun“ könne. Seiner Ansicht nach gebe es in der kindlichen Entwicklung bestimmte kritische Phasen, in denen die Affektwahrnehmung und Ausdifferenzierung Fahrt aufnehme. Diese Entwicklungssprünge, wie die Entwöhnung von der Brust, fortschreitende Mobilität, die Entwicklung der Sprache, Toilettentraining oder die Entwicklung der Objektkonstanz im Rahmen der Wiederannäherungskrise würden bestimmte affektive Zustände

hervorrufen, die dem Kind die Möglichkeit bieten würden, neue Level der Verbalisierung, Desomatisierung und Ausdifferenzierung zu erreichen. Eltern seien für die Kinder dabei eine Hilfe, indem sie Gefühle benennen würden und die Kinder durch Imitation lernen würden, wie man mit diesen umgehe.

Durch immer ausgereifere motorische Fähigkeiten, die fortschreitende Entwicklung der Fantasie sowie intellektuelle Fähigkeiten und die angemessene Gefühlsbenennung durch Bezugspersonen würden Affektausbrüche nach und nach an Heftigkeit verlieren und fänden auch seltener statt. Diese Entwicklung könne durch inadäquates Verhalten der Eltern jedoch auch gestört werden: So geht Krystal (1988) davon aus, dass Bezugspersonen, die ihre Kinder für ihre Gefühle zu sehr strafen, die Ausdifferenzierung von Affekten verhindern und dass auf diese Art psychosomatische Störungen entstehen. Er sieht beispielsweise Asthma als möglichen Ersatz für das Weinen. Erbrechen und Bauchschmerzen können in seiner Theorie ein Ausdruck von Wut sein.

Nachdem es zunächst zu einem Anstieg von motorischen Fähigkeiten komme, bilde sich im Laufe der Zeit zunehmend die kognitive Komponente heraus und differenziere Emotionen weiter aus. Vor allem die Periode der Latenz ist Krystals (1975) Ansicht nach mit einem starken Anstieg intellektueller Fähigkeiten verbunden und damit elementar für die Verbalisierung von Affekten. Mit der Fähigkeit zur Verbalisierung gehe auch einher, dass der Ausdruck modifiziert und seine motorischen Tendenzen teilweise unterdrückt würden.

Verschiedene Gefühle entstehen nach Krystal (1988) erst nach und nach, während bestimmter Phasen in der Entwicklung. Diese Einschätzung steht in einem großen Kontrast zu anderen psychologischen Theorien, in denen angenommen wird, dass zum Beispiel Kinder manche Themen „betrauern“, um sich psychisch weiterzuentwickeln (zum Beispiel in der Wiederannäherungskrise, vgl. Mahler et al., 1978). Krystal (1988) zufolge sind komplexe Gefühle wie Trauer erst zu einem recht späten Zeitpunkt, nämlich frühestens in oder eher nach der Adoleszenz möglich. Um erwachsene Trauer zu erleben, seien sowohl bestimmte Erfahrungen als auch gewisse intellektuelle Fähigkeiten vonnöten, wie zum Beispiel die Erkenntnis von Endlichkeit oder die Einsicht in die teils unüberwindbaren Diskrepanzen zwischen Wünschen und Wirklichkeit. In einer gelungenen Entwicklung hätten Menschen also spätestens nach der Adoleszenz Zugang zu einer Palette von „erwachsenen Gefühlen“. Die Hauptfunktion von Affekten besteht nach Krystal (1988) darin, als gute Signalgeber zu fungieren, um beispielsweise selbstfürsorglich zu handeln und um in Kontakt mit der Außenwelt zu treten. Damit dies möglich sei, müssten Affekte korrekt identifiziert werden und hauptsächlich aus der kognitiven Komponente bestehen, die mit hedonistischen und expressiven Emotionsanteilen gepaart sein sollte, solange diese nicht zu intensiv seien.

Für die klinische Praxis sieht es Krystal (1988) als äußerst relevant an, zwischen reifen erwachsenen und unreifen kindlichen Gefühlen zu unterscheiden. Er beschreibt, dass bestimmte Patienten häufig expressive Affektanteile zeigen, die aus einer nonverbalen Zeit stammen – sie zappelten beispielsweise, seien unruhig, weinten oder atmeten schnell. Kliniker tendieren seiner Ansicht nach verfrüht dazu, diese Anzeichen aus einer erwachsenen Perspektive als Gefühl, zum Beispiel als Angst, zu verstehen und dann als solche zu benennen und zurückzuspiegeln. Sie übersähen dabei eventuell, dass die Person nicht „nur“ die expressive Komponente des erwachsenen Affekts Angst zeige, sondern dass vielleicht noch gar keine Ausdifferenzierung stattgefunden habe und das körperliche Korrelat das einzige sei, was der Person zugänglich sei.

Wie bei Krystal sind auch in Lecours' Theorie der *GEVA* intellektuelle und sprachliche Fähigkeiten mit einer differenzierten Wahrnehmung von Affekten verbunden und das korrekte Benennen von Affekten ist mit psychischer Gesundheit assoziiert. Das angedeutete Entwicklungsmodell der *GEVA* basiert auf der Vorstellung einer kontinuierlichen Desomatisierung und Verbalisierung von Affekten. Lecours stimmt mit Krystal überein, dass der bloße mimische Ausdruck eines Affekts oder das Zeigen sensomotorischer Affektanteile wie zum Beispiel Weinen nicht zwingend bedeuten muss, dass ihm ein reichhaltiges inneres Erleben zugrunde liegt. Das Beschreiben dieser körperlichen Affektkomponenten wird daher in der *GEVA* als weniger mentalisiert eingestuft als die Benennung der Emotion. Für die *MICA* hat Serge Lecours (2015) von Krystal die unreifen Affektkategorien „undifferenziert negativ“ sowie „undifferenziert positiv“ übernommen.

Serge Lecours und Marc-André Bouchard – Die GEVA: Mentalisierung als psychische Transformation von Emotionen

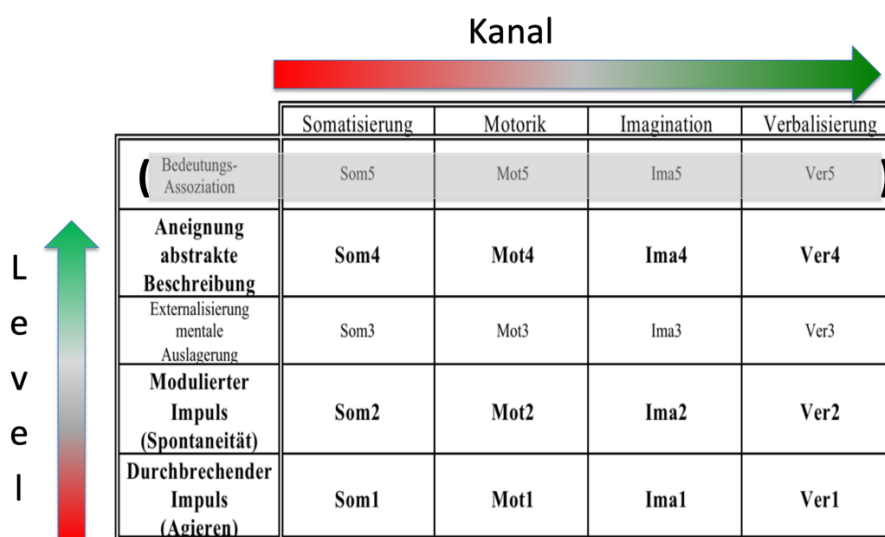
Lecours und Bouchard definieren Mentalisierung (1997) als einen Prozess der graduellen Repräsentation, Abstraktion und Symbolisierung von Emotionen. Dabei werden triebhafte, körperliche emotionale Erfahrungen in immer höher strukturierte mentale Phänomene und Strukturen umgewandelt. Aufbauend auf den Theorien der *Pariser Psychosomatischen Schule* sehen sie Mentalisierung als eine vorbewusste Ich-Funktion an, die auch als das „immune system“ (Lecours & Bouchard, 1997, S. 857) der Psyche bezeichnet werden kann.

Ziel der Autoren war es, eine Theorie zu entwickeln, die verschiedene psychologische Konzepte, welche in der Literatur nicht miteinander in Zusammenhang gebracht werden, in einer Theorie über psychische Verarbeitung zusammenzufassen. Darunter fallen beispielsweise die Fähigkeit zu symbolisieren, die Alpha-Funktion nach Bion (1963), primärprozesshaftes und sekundärprozesshaftes Denken, der Prozess des Durcharbeitens in Therapien, Phänomene wie Ausagieren oder Somatisierungen – all das wird von

Lecours und Bouchard (1997) in ihrem Modell als Ausdruck verschiedener Stufen der Mentalisierungsfähigkeit verstanden.

Im Kern der Theorie zur GEVA findet sich die Annahme von Krystal (1988), dass in der kindlichen Entwicklung rohe, somatische Affektkomponenten oder körperliche, emotionsbezogene Bewegungsabfolgen im Laufe der Entwicklung verschiedene Transformationen durchlaufen müssen, oder einfacher ausgedrückt: Das Neugeborene muss konkrete körperliche Empfindungen in symbolische umwandeln und verbale Anker für sie finden. Neben der Umwandlung von körperlichen Sinneseindrücken zu psychischen ändere sich auch der Bewusstseitsgrad von Affekten. Mit Bezug auf Luquet (1987) gehen Lecours und Bouchard davon aus, dass die Mentalisierung sich von primärprozesshaften Gedanken in das transformiert, was Luquet als *pensée verbale*, als verbales Denken beschrieben hat. Affekte selbst sehen sie nach Pierre Marty (1990) als ein Netzwerk von Repräsentanzen an, das sich in einem lebenslangen Prozess immer weiter ausdifferenziert. In dem Repräsentanzennetzwerk seien im besten Fall der verbalisierte, kognitive Emotionsanteil mit den zugehörigen Bildern, körperlich-motivationalen Anteilen sowie den somatischen Korrelaten verbunden.

Die Fähigkeit zur Mentalisierung ist nach Lecours und Bouchard (1997) für jeden Affekt verschieden und kann unterschiedliche Stufen erreichen. Basierend auf der Desomatisierung und Verbalisierung einerseits und dem Containment bzw. dem Bewusstseinsgrad und der Kontrolle andererseits ergeben sich im Modell von Lecours und Bouchard zwei (theoretisch) voneinander unabhängige Dimensionen. Ordnet man diese Dimensionen als Achsen in einem Koordinatensystem an, ergibt sich das „Raster“ (grille) der GEVA, das aus 20 Feldern besteht. Abbildung 1 zeigt das Modell:



Kanal				
	Somatisierung	Motorik	Imagination	Verbalisierung
(Bedeutungs-Assoziation)	Som5	Mot5	Ima5	Ver5
Aneignung abstrakte Beschreibung	Som4	Mot4	Ima4	Ver4
Externalisierung mentale Auslagerung	Som3	Mot3	Ima3	Ver3
Modulierter Impuls (Spontaneität)	Som2	Mot2	Ima2	Ver2
Durchbrechender Impuls (Agieren)	Som1	Mot1	Ima1	Ver1

Abbildung 1: Das „Raster“ der GEVA bestehend aus der Achse Level (Abstraktions-, Toleranz- oder Containmentniveau) und der Achse Kanal (Ausdrucks- oder Repräsentationsmodalität)

Die Repräsentations- oder Ausdrucksmodalitäts-Achse, die im Folgenden als „Kanal“-Achse bezeichnet wird, benennt vier Arten des Affektausdrucks. Die Emotion kann durch eine innere körperliche Beschreibung beschrieben werden (Somatisierung), sie kann durch Bewegungen oder körperliche, äußerlich sichtbare Zustände ausgedrückt werden (Motorik), sie kann durch innere Bilder geäußert werden (Imagination) oder sie kann durch Wörter beschrieben werden, die das Gefühl direkt benennen (Verbalisierung). Die zweite Achse bezieht sich auf das Toleranz- oder das (Abstraktions)niveau und wird auch als „Level“-Achse bezeichnet. Sie ist ein Maß für das Containment des jeweiligen Affekts. Lecours und Bouchard (1997) unterscheiden hier fünf Stufen: Das Niveau des durchbrechenden Impulses, das Niveau des modulierten Impulses, die Externalisierung, das Niveau der Aneignung sowie das Level der Bedeutungsassoziation. Die Stufen der beiden Achsen sollen nun detailliert vorgestellt werden.

Die Kanal-Achse

Das Niveau der Somatisierung

Wenn eine Person über ihre Emotionen spricht, indem sie innere, körperliche Empfindungen schildert, so befindet sie sich im Kanal der Somatisierung. Gemeint sind damit körperliche Wahrnehmungen, die dem viszeralen, nicht-willkürlichen, autonomen Nervensystem zuzuordnen sind. Beispiele sind physiologische Erregung (z.B. Herzrasen), somatische Beschwerden (z.B. Bauchschmerzen), Zustände (schlafen) oder Verletzungen (z.B. ein Tumor).

Das Niveau des Motorischen

Wie bei der Somatisierung beschreibt eine Person ihre Affekte, indem sie über ihren Körper spricht. Gemeint ist hier jedoch der (sichtbare) äußere Körper, der meist das willkürlich-muskuläre System miteinbezieht. Wird also die Beschreibung von Verhaltensweisen verwendet um affektives Erleben zu schildern, so drückt sich eine Person auf motorischem Niveau aus. In Anlehnung an Krystal (1988) stuft die GEVA das motorische Niveau im Vergleich zum somatischen als höher ein, da die Person nicht (mehr) ausschließlich auf ihre körperlichen Empfindungen zurückgeworfen ist, sondern ihre Empfindungen in Verhalten übersetzen und so in Kontakt mit der Außenwelt treten kann. Zum motorischen Niveau zählen nicht nur Handlungen mit offensichtlich affektivem Gehalt, wie zum Beispiel „Küssen“ oder „Schlagen“, sondern auch verbale Motorik, wie „Anschreien“ oder „Kritisieren“, solange der konkrete mentale Inhalt nicht ersichtlich wird. Auch gebündelte Verhaltensweisen wie „Sich kümmern“, bei denen der Fokus auf der Benennung von Interaktionen liegt, fallen in diese Kategorie.

Das Niveau des Bildlichen

Das Niveau der Imagination oder des Bildlichen beinhaltet die Beschreibung von Affekten durch innere Bilder. Lecours und Bouchard (1997) gehen basierend auf Luquets Überlegungen (1987) davon aus, dass

Metaphorisierung parallel zur Entwicklung des Containments verläuft. Nicht alle Verbalisierungen, die ein geistiges Bild enthalten, werden als Niveau der Imagination eingestuft. Steht trotz der bildlichen Beschreibung ein somatisches oder motorisches Erleben im Vordergrund, wird einer dieser beiden Kanäle „geratet“. Beispiele hierfür sind Aussagen wie „Ich bin unter Druck“ (somatisch) oder „Ich habe ihm die Fresse poliert“ (motorisch). Bei einem Bild oder einer Metapher muss es sich um die Übertragung eines Ausdrucks handeln, der eigentlich einen anderen wörtlichen Sinn hat. Gängige Bilder wie „ich sehe rot“ oder „Sie ist ein Engel“ entsprechen dieser Definition.

Das Niveau des Verbalen

Die verbale Kategorie der GEVA besagt, dass Affekte mit Wörtern ausgedrückt werden, die durch sekundärprozesshaftes verbales Denken (Luquet, 1988) von einer Person gewählt wurden, um ihr affektives Erleben zu beschreiben. Diese etwas sperrige Definition ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass die GEVA sich immer auf „Verbales“, sprich auf Wörter bezieht, um Affekte einzuordnen. Mit der verbalen Kategorie sind aber Ausdrücke gemeint, die sich direkt auf den mentalen Inhalt des Gesprochenen beziehen. Man weiß also, was die Person denkt, „was in ihrem Kopf ist“ – die Wörter beziehen sich direkt auf ein zum Selbst gehörendes Erleben. Die Kategorie des Verbalen kann sich dabei direkt auf das Gefühl beziehen („Ich bin traurig“), aber auch Benennungen („Wie toll!“) oder zum Beispiel impulshafte Aussagen im Streit (wie z.B.: „Du Idiot!“) fallen darunter.

Die Level-Achse

Das Niveau des durchbrechenden Impulses

Auf dem niedrigsten, impulshaften Niveau der Containment-Achse werden Emotionen direkt und ohne reflexive Distanz ausgedrückt. Sie werden von der betroffenen Person nicht als ein eigenes, aushaltbares innerpsychisches Erleben empfunden. Verschiedene bekannte klinische Phänomene lassen sich nach Lecours und Bouchard (1997) auf dieses Containment-Level zurückführen. Sie variieren in ihrem Grad an rudimentärer Symbolisierung und Bewusstheit. Somatoforme Störungen stellen dabei die am wenigsten mentalisierte Form eines Affekts dar. Mit Marty (1964) gehen die Autoren davon aus, dass Somatisierungen sich dann verfestigen, wenn bei den Menschen mit einer *névrose de comportement selon* („Verhaltensneurotikern“) der Körper „befallen“ wird, weil Ausagieren nicht (mehr) möglich ist. Es ist ebenso denkbar, dass die expressive Komponente nach Krystal (1988) der einzig wahrnehmbare Affektanteil ist. Auf einer höheren Stufe des durchbrechenden Impulses entsteht der Eindruck, dass Personen ihre Affekte ausstoßen. Hier besteht ein enger Bezug zu Bions (1963) Beta-Elementen sowie zu Krystals (1988) Beschreibung von unreifen, kindlichen Gefühlen. Der Affekt kann dabei auch bewusst sein, aber so unaushaltbar und fremd, dass er ebenfalls ohne Rücksicht auf soziale Normen oder Konsequenzen ausgedrückt werden muss (zum Beispiel Gewaltausbrüche, Selbstverletzungen). Auf

einer noch höheren Stufe des durchbrechenden Impulses ist es denkbar, dass nach Luquet (1987) rudimentäre Repräsentationen bzw. Bilder für die Affekte generiert wurden, die jedoch keinen symbolhaften Charakter haben, sondern für den Betroffenen die Qualität einer konkreten Realität besitzen. Dies ist bei Halluzinationen, Zwangsgedanken oder wahnhaftem Erleben der Fall. Möglich ist auch, dass sich der Affekt in projektiven Identifizierungen zeigt und heftige emotionale Reaktion im Gegenüber auslöst. Ein weiteres mögliches Szenario besteht darin, dass eigentlich bereits Symbolisierungen stattgefunden haben, die jedoch verdrängt wurden. Hiermit sind klassische Konversionsstörungen gemeint sowie Ausagieren im Freudschen Sinne (es wird agiert, um nicht zu erinnern/zu fühlen, obwohl das theoretisch möglich wäre). Zusammenfassend fehlen auf dem Niveau des durchbrechenden Impulses die Bewusstheit und/oder die Kontrolle über den Affektausdruck.

Das Niveau des modulierten Impulses

Auf dem zweiten Niveau der Containment-Achse hat die Affektäußerung die Qualität eines kontrollierten Impulses. Anders als beim durchbrechenden Impuls wird die Person nicht mehr vom Affekt überflutet. Der Gefühlsausdruck ist häufig im Dienst des Ichs und hat einen kathartischen Charakter. Es besteht Einfluss auf die Art und Weise des Ausdrucks im Sinne einer Wahrung sozialer Normen. Dennoch werden auch hier Gefühle spontan und direkt ausgelebt, ohne im direkten Moment des Ausdrucks über sie zu reflektieren. Es besteht ein enger Bezug zu Luquets (1987) Stufe des vorbewussten Mentalisierens, vor allem zur *pensée (intuitive) metaconsiente*, die zu einer direkten Handlung führt. Mit „vorbewusst“ ist hier gemeint, dass die Person das Gefühl auf Nachfrage hin vermutlich benennen könnte. Ein „Aufschrei“, bevor Wut thematisiert wird, oder überraschte Ausrufe wie zum Beispiel „Wow!“ oder Verärgerung wie „Oh Mist!“ sind typisch für dieses Niveau des Containments.

Das Niveau der Externalisierung

Das dritte Containment-Level wird auch als „mentale Auslagerung“ beschrieben. Hier hat mit Blick auf die ersten beiden Containment-Level eine wichtige Entwicklung stattgefunden. Die Person spricht nun eindeutig über affektive Zustände, die tolerierbarer geworden sind. Anders als beim impulshaften Ausdruck hat die Heftigkeit des Gefühls nachgelassen. Die ausgedrückten Triebe und Affekte werden aber durch verschiedene mentale Mechanismen „auf Distanz“ gehalten. Anders ausgedrückt: Auf diesem Mentalisierungsniveau werden Emotionen zwar als solche erkannt und benannt, sie werden jedoch nicht als komplett subjektive Erfahrung angesehen. Diese „Distanz“ kann durch Projektion, durch Generalisierung und durch die Attribuierung auf Gründe im Außen geschehen. Um Affekte auf dem Niveau der Externalisierung auszudrücken, muss das vierte Level der Mentalisierung jedoch an sich

möglich sein – man könnte auch sagen, dass Level 3 eine Regression zum Niveau der Aneignung (Level 4) darstellt.

Das Niveau der Aneignung

Wenn Gefühle als subjektive, intime Erfahrung ausgedrückt werden können, haben sie das vierte Containment-Niveau erreicht. Es kann auch als Niveau der Zueigenmachung bzw. der Eigenverantwortung bezeichnet werden. Die Person spricht nun in Begrifflichkeiten des „Ichs“ über das Gefühl und erlebt den Affekt als eine Art zu Sein („Ich bin ärgerlich“). Bei körperlichen oder motorischen Vorgängen werden verschiedene Handlungen oder Sensationen abstrakt umschrieben. Das Körperlich-Motorische bekommt so eine fast psychische Qualität (z.B. „angespannt sein“).

Das Niveau der Bedeutungsassoziation

Auf diesem Niveau werden Bedeutungsverknüpfungen geschaffen, Affekte werden in einem sinnstiftenden Kontext gesehen oder erfahren in einem größeren Bedeutungszusammenhang mit anderen Emotionen oder der persönlichen Geschichte gestellt. Es handelt sich um Zusammenhänge, die teilweise im analytischen Prozess erkannt werden und damit um Deutungen im weitesten Sinne.

In dem eben beschriebenen Modell legten Lecours und Bouchard (1997) den Fokus auf die „qualitative“ Mentalisierung von Emotionen, die sich aus den gerade vorgestellten Containmentleveln und den unterschiedlichen Kanälen ergibt. Im Zeitverlauf wurde dieser Fokus erweitert, und Lecours (2015) erkannte, dass nicht nur die Qualität von Gefühlen, sondern auch die Häufigkeit von bestimmten Emotionen sowie das Verhältnis von angenehmen zu unangenehmen Emotionen für die psychische Gesundheit von großer Bedeutung ist. Etwas vereinfacht ausgedrückt könnte man anhand eines Beispiels sagen: Es kommt nicht nur darauf an, wie sich ein bestimmtes Gefühl anfühlt, sondern auch, wie häufig man es hat. Selbst wenn man beispielsweise die Emotion Ärger qualitativ gut mentalisiert, und sie als eine dem Selbst zugehörige, innere Emotion erlebt, kann dieses unangenehme Ärgergefühl zum Problem werden, wenn es das eigene Erleben (quantitativ) dominiert.

Zusammen mit Bouizegarene beschrieb Lecours (2016) ein Krankheitsmodell, das auf diese Qualität und auf die Quantität verschiedener Gefühle Bezug nimmt. In diesem Modell nehmen die Autoren an, dass sich Störungen in der Affektregulierung in zwei Dimensionen zeigen können. Eine Störung kann demnach einerseits darin bestehen, dass es nicht mehr gelingt, unangenehme Affekte auf einem noch erträglichen und nützlichen Niveau zu halten. Diesen *quantitativen Aspekt von Affekten* bezeichnen sie als *implizite Mentalisierung*. Andererseits gibt es auch Störungen, die durch eine gestörte Symbolisierung von Affekten entstehen (wie sie durch die Achsen der GEVA ausgedrückt werden). Diese

qualitative Art der Mentalisierung, auch „*mentalization per se*“ (Lecours & Bouchard, 2011, S. 29), umschreiben sie als *explizite Mentalisierung*. Psychische Krankheiten können sich *explizit*, *implizit* oder in beiden Dimensionen zeigen. So gehen Bouizegarene und Lecours (2016) davon aus, dass Depressionen als Unfähigkeit gesehen werden können, die Menge von traurigen und negativen Gefühlen auf einem erträglichen Niveau zu halten. Bei Panikattacken, die von Menschen so erlebt werden, als kämen sie aus dem nichts, könnte die Störung in der Affektregulierung ausschließlich an dem unsymbolisierten, heftigen, körperlichen Ausdruck von Angst liegen, selbst wenn das generelle Gefühlsleben dieser Person in weiten Teilen von angenehmen Emotionen bestimmt wird. Studien zu dieser Thematik, die in Abschnitt 2.3 vorgestellt werden, legen nahe, dass es bei verschiedenen Störungen spezifische Muster geben könnte, wie das emotionalen Erleben hinsichtlich der *Häufigkeit* bestimmter Emotionen und hinsichtlich der *Qualität* von bestimmten Emotionen beschaffen ist.

Die GEVA stellt nach Ansicht der Autoren kein Entwicklungsmodell dar und sie gibt auch keine normative Empfehlung ab (Lecours & Bouchard, 1997). Das Modell sagt nach Lecours und Bouchard (1997) lediglich aus, dass der angeeignete (oder sogar mit einer Bedeutungsassoziation versehene) verbale Ausdruck von Affekten am stärksten mentalisiert ist. Als gesündeste Mischung vermuten die Autoren eine Mischung aus spontanen Impulsen und angeeigneten Emotionen. Ihrer Erfahrung nach besteht der analytische Prozess zu Beginn häufig aus Übertragungen, die sich in heftiger und wenig mentalisierter Form zeigen. Ziel ist es, diese dringenden und heftigen Impulse in vielschichtigere, bewusste und besprechbare Erfahrungen zu transformieren, die aushaltbarer sind und nicht um jeden Preis direkt ausgelebt werden müssen (Lecours & Bouchard, 1997).

2.1.3 Unterschiede zwischen den Mentalisierungskonzepten von Fonagy und Lecours

Nach der ausführlichen Darstellung der „französischen“ Sichtweise auf Mentalisierung sollen die Unterschiede zwischen der „britischen“ und der „französischen“ Sichtweise an dieser Stelle herausgestellt werden.

Unterschiedlicher theoretischer Hintergrund

Fonagy und seine Kollegen (2004) sehen Mentalisierung als eine Fähigkeit an, die in einer sicheren Bindungsbeziehung durch die Entwicklung einer (affektiven) *Theory of mind* erworben wird. Ihr Ursprung ist bei Fonagy also vor allem in der kognitiven Entwicklungspsychologie angesiedelt.

Lecours Verständnis von Mentalisierung basiert hauptsächlich auf den Überlegungen von Pierre Marty (1991) und Pierre Luquet (1987), die klassisch-analytische Konzepte wie das Vorbewusste und

triebtheoretische Überlegungen wie die Erregungsabfuhr verwenden, um psychosomatische Erkrankungen zu erklären. Der Ursprung ist hier also die klassische psychoanalytische Theorie.

In Zusammenhang mit welchen Patienten wurden die Konzepte entwickelt?

Fonagys Ausgangslage waren Personen, die an einer Borderline-Störung litten. Er beobachtete passend zur Diagnose häufig heftige, impulsive Gefühlsausbrüche, die zu malignen Beziehungsepisoden führten. Im Fokus standen der unangemessene, intensive Gefühlsausdruck und eine Beziehung, die sich durch ein „zu viel“ auszeichnet.

Lecours Ausgangspunkt waren Somatisierungspatienten. Obwohl diese genau wie auch Menschen mit einer Borderlinestörung als eher strukturschwach und frühgestört gelten, ist die Dynamik ihrer Erkrankung eine völlig andere. Lecours Patienten zeichneten sie sich eher durch eine Unbezogenheit zum Gegenüber aus und kreisten starr um körperliche Befindlichkeiten. Im Fokus stand hier die Unmöglichkeit, affektives Erleben zu verbalisieren und eine Beziehung, die sich durch ein „zu wenig“ auszeichnet.

Um welche mentalen Inhalte geht es?

Durch den engen Bezug zur *Theory of mind* ist das Mentalisierungskonzept von Fonagy und seinen Kollegen breiter als das Konzept von Lecours und Bouchard (1997). Allen, Bateman und Fonagy (2008) beziehen sich in ihrer Definition auf intentionale mentale Zustände, also nicht nur auf Emotionen und Wünsche, sondern auch auf Überzeugungen und Beweggründe für Handlungen.

Lecours bezieht sich in seiner Theorie der Affektmentalisierung auf die Bekundung von Tendenzen oder von libidinösen oder aggressiven Trieben und von Emotionen (Lecours, 2013). Für einen Großteil von Lecours Forschung und auch für die hier vorliegende Arbeit wurde die GEVA in Kombination mit der MICA verwendet, die neben 10 Primäremotionen auch den Sexualtrieb und die affektiv-kognitive Orientierung „Ruhe-Gelassenheit“ sowie die zwei Gefühls-Restkategorien „undifferenziert negativ“ und „undifferenziert positiv“ erfasst.

Wie wird Mentalisierung erworben?

Fonagy und Lecours beziehen sich beide auf objektbeziehungstheoretische Ansätze. Die bei Fonagy beschriebene Affektspiegelung als soziales Bio-Feedback weist eine große Übereinstimmung mit Bions Modell der mütterlichen Container-Funktion auf, auf die sich auch Lecours bezieht (Bion 1962; Lecours & Bouchard, 1997; Fonagy & Target 2004). Fonagy, Gergely, Jurist und Target (2004) haben aufbauend auf den Überlegungen von Gergely und Watson (1996) sehr detaillierte Überlegungen dazu vorgelegt,

wie in einer interaktiven, dyadischen Beziehungssituation durch mütterliches Verhalten wie der Ammensprache und der damit verbundene Markierung von Affekten eine gelungene Mentalisierung entstehen könnte. Dies unterscheidet sie von Lecours und seinen Kollegen.

Weder Lecours (2015) noch Marty (1991) oder Luquet (1987) legen ein ausgereiftes Entwicklungsmodell vor, das erklärt, durch welche Mechanismen Affekte auf konkrete Art und Weise von somatischen Erfahrungen in verbale umgewandelt werden (Lecours), wie sich Repräsentanzen ausbilden (Marty), oder wie sich die unterschiedlichen Arten des Denkens (Luquet) auseinander ergeben. Aufgrund verschiedener Verweise ist jedoch davon auszugehen, dass Lecours und seine Kollegen (2006, 2008) die Genese der Affektmentalisierung im Wesentlichen ähnlich wie Fonagy und seine Kollegen (1998, 2004) als Resultat der frühen Mutter-Kind-Beziehung sehen, auch wenn sich Lecours und seine Kollegen an manchen Stellen von ihnen abgrenzen: So legte Lecours zusammen mit seiner Kollegin Pellerin (2015) zum Beispiel die These vor, dass die übertriebene Markierung von Affekten auf Kinder überfordernd wirken könne und zur gelungenen Symbolisierung von Emotionen nur eine untergeordnete Rolle spiele. Pellerin und Lecours (2015) gehen davon aus, dass Mechanismen wie der kindliche Kontingenzerkennungsmechanismus ausreichen, um zunächst somatische Emotionskorrelate nach und nach ins Bewusstsein zu überführen.

Wie wird unmentalisiertes Material verstanden?

Fonagy und seine Kollegen nehmen an, dass gerade Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in emotional aufwühlenden Momenten Einbrüche in der Mentalisierungsfähigkeit haben und folglich in prämentalistische Modi verfallen und auf automatisierte, früh angelernte Handlungsmuster zurückgreifen (Taubner, Fonagy & Bateman, 2019). Mentalisierung wird dabei als etwas angesehen, das an sich (in stressfreien Situationen) möglich ist und zum Beispiel mit Hilfe des Therapeuten wiederhergestellt werden kann.

Lecours und Bouchard (1997) schließen von unmentalisiertem Material eher auf die Beschaffenheit des emotionalen Erinnerungsnetzwerks, mit dem versucht wird, auf ein Erlebnis eine affektive Antwort zu finden. Fällt diese Antwort eher körperlich und/oder unkontrolliert/wenig symbolisiert aus, so bedeutet das in ihrer Theorie, dass entweder das Netzwerk nicht genug ausdifferenziert ist (Defizit) oder dass Teile des Emotionsnetzwerks zum Beispiel durch ein traumatisches Erlebnis abgeschnitten wurden (Neurosenkonzept). Als Bestandsaufnahme sieht Lecours die Mentalisierung von bestimmten Emotionen eher als eine Art Kapazität an – wie reichhaltig ist das Erleben, wie ist eine Emotion im Inneren repräsentiert, auf wie viele verschiedene Emotionsfacetten kann eine Person zugreifen?

Behandlungsfokus und Interventionen

Basierend auf der Mentalisierungstheorie haben Bateman, Allen und Fonagy (2008) die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) entwickelt, deren Kern darin besteht, dass sich der Therapeut mit einer neugierigen, offenen Haltung mit dem Innerpsychischen des Patienten und seinen eigenen Reaktionen auseinandersetzt, um beim Patienten Mentalisierung anzuregen. Verschiedene Techniken wurden dazu manualisiert und erforscht, wie zum Beispiel das geleitete Entdecken oder die „Stop-and-Rewind“-Technik, wenn Mentalisierung versagt (Taubner, Fonagy & Bateman, 2019).

Auch Lecours (2007) hat unter anderem basierend auf dem Modell zur *GEVA* einige Behandlungsimplicationen ausgesprochen. In seinem Artikel „Supportive Interventions and Nonsymbolic Mental Functioning“ illustriert er an einer Fallvignette, wie er unter anderem nach Einschätzung der Mentalisierungsfähigkeit mit einer schwer kranken Patientin arbeitet, die traumatisiert, depressiv und teilweise suizidal ist. Er sieht dabei stützende Interventionen als das wichtigste therapeutische Instrument des Analytikers an, um bislang nichtsymbolische Episoden zu verbalisieren. Dabei arbeitet er vorwiegend in der Beziehung und erklärt teilweise recht konkret, wie er etwas gemeint hat. Er versucht das Innenleben der Patientin zu erkunden und anzureichern, um die Selbstwahrnehmung zu verbessern und so das innere Repräsentanzennetzwerk komplexer werden zu lassen. Er geht davon aus, dass diese Interventionen beruhigen, zu einer höheren Affekttoleranz führen und die Fähigkeit verbessern, mentale Inhalte zu verbalisieren. Dabei ist es ihm wichtig, die Übertragungsbeziehung stets zu reflektieren. Sein Vorgehen sieht Lecours deshalb als analytisch an (und nimmt auf den Vorwurf Bezug, dass stützende Interventionen oder ein emotional-offener Kommunikationsstil häufig als unanalytisch angesehen werden). An anderer Stelle wird deutlich, wie Lecours anhand der *GEVA* Kodierungen Behandlungsinterventionen ableitet. So schlagen Briand-Malenfant, Descheneaux und Lecours (2013) bei narzisstischen Persönlichkeitszügen vor, im Rahmen einer tragenden Beziehung die Affekttoleranz für das Gefühl Scham zu erhöhen, indem auf typisch Scham-auslösenden Situationen fokussiert und das Erleben erkundet wird.

Anders als Fonagy und seine Kollegen hat Lecours keine manualisierte Behandlungsmethode zur *GEVA* entwickelt. Seine Empfehlungen sind im Vergleich zur MBT eher vage und je nach Diagnose bzw. nach emotionaler „Ausgangslage“ unterschiedlich: Lecours nutzt die *GEVA*-Scores, um den Mentalisierungsgrad für bestimmte konflikthafte Emotionen seiner Patienten einzustufen und passt Interventionen individuell daran an (Lecours, Bouchard & St-Amand, 2000; Beretta, de Roten, Lecours, Michel, & Despland, 2006).

Die Messverfahren (die folgende Ausführung greift dem Abschnitt „3. Methoden“ vor)

Bei Fonagy steht die Beschaffenheit von Bindungen und Beziehungen im Vordergrund der Mentalisierungstheorie, was sich auch in seinem Mentalisierungsmaß, der *Reflexiven Funktion*, widerspiegelt. Die auf das *Adult Attachment Interview* bezogene Skala misst vor allem, wie kohärent Beziehungserfahrungen beschrieben werden und wie empathisch Menschen ihre Bezugspersonen wahrnehmen. Es besteht ein starker Fokus auf das Gegenüber. Im Ergebnis ergibt sich ein Wert für die globale Mentalisierungsfähigkeit.

Die *GEVA* von Lecours kann auf jeden Text angewendet werden. Die Codierungsregeln erlauben wenig Interpretation und sind streng. Das Scoring wird im Text auf die kleinste mögliche Einheit heruntergebrochen (teilweise einzelne Wörter). Lecours, Fonagy und Kollegen (2008) bezeichnen die *GEVA* deshalb als das kognitivere Messverfahren. Auch im Bezug zum Gegenüber oder zu wichtigen Beziehungspersonen unterscheiden sich die Verfahren. Man könnte mit der *GEVA* zwar auch messen, wie andere oder wichtige Bezugspersonen in Bezug auf die Affektverbalisation gesehen werden. Dieser Aspekt steht jedoch nicht im Fokus von Lecours' Forschung. Die Autorin vermutet, dass Lecours vielmehr häufig davon ausgeht, dass verbalisierte Affekte als innerer Zustand der sprechenden Person betrachtet würden, gleichgültig, ob sie vom eigenen Ärger oder vom Ärger anderer Personen berichtet. Die Auswertungsmöglichkeiten der *GEVA* sind nahezu unerschöpflich. Je nach Forschungsfrage können verschiedene Emotionen, Level der Mentalisierung oder Ausdrucksmodalitäten untersucht oder miteinander kombiniert werden. Lecours untersuchte bislang am häufigsten die spezifische Mentalisierungsfähigkeit von einzelnen Emotionen (Beretta, de Roten, Lecours, Michel & Despland, 2006; Lecours & Bouchard, 2011; Lecours, Briand-Malenfant & Descheneaux, 2013). Im Ergebnis finden sich bei ihm verschiedene Mentalisierungswerte für verschiedene Affekte, was die *GEVA* als das differenzierte Messinstrument erscheinen lässt.

Wie stehen die Theorien zueinander?

Lecours und Bouchard (1997) gehen davon aus, dass die von Fonagy und Target (2004) beschriebene *Theory of mind* das Resultat eines vorangegangenen, tiefer liegenden Mentalisierungsprozesses ist. Um eigene Handlungen oder die von anderen zu verstehen, muss ihrer Ansicht nach bereits die Transformation von körperlich-motorischen Impulsen und Trieben zu einem symbolischen-bildlich-sprachlichen Emotionszugang begonnen haben. Das zugrundeliegende Modell der *GEVA* könnte demnach als Teil, vielleicht sogar als Kern der britischen Mentalisierungstheorie verstanden werden.

2.2 Emotionstheorien

Nach einem kurzen historischen Abriss zu Emotionen in der Psychologie allgemein sowie der Psychoanalyse im Speziellen sollen in diesem Kapitel zunächst Begriffe wie Affekt, Emotion und Gefühl genauer betrachtet und voneinander abgegrenzt werden.

Es gibt eine Fülle von Theorien über Emotionen, die teilweise sehr unterschiedliche Fokusse legen und aus verschiedenen Fachgebieten stammen: evolutionsbiologische Theorien, physiologische Theorien, sozialkonstruktivistische Theorien, psychoanalytische Theorien und noch viele weitere. Für die vorliegende Arbeit sind psychoanalytische Theorien sowie evolutionsbiologische Theorien von besonderem Interesse. Um einen Bezugsrahmen für die GEVA sowie eine Arbeitsdefinition für Emotionen zu schaffen, soll das vielzitierte modulare Affektsystem des Emotionsforschers und Psychoanalytikers Rainer Krause (2012) vorgestellt werden. Im Anschluss wird Carroll Izards (1981) Theorie der Entwicklung diskreter Emotionen dargestellt. Izard zählt zu den Vertretern des darwinistischen, evolutionsbiologischen Ansatzes in der Entwicklungspsychologie von Emotionen. In seinem Modell der Affektivität postuliert er zehn Primäremotionen sowie Triebe und affektiv-kognitive Orientierungen, auf denen die *MICA* von Serge Lecours (2013) basiert.

2.2.1 Psychologische Emotionstheorien

Die Psychologie hat Emotionen als Untersuchungsgegenstand lange Zeit vernachlässigt (Damasio, 2003). Erst Mitte des 20. Jahrhunderts, mit der Abkehr vom bis dahin vorherrschenden Behaviorismus, der vor allem Reiz-Reaktions-Schemata untersuchte, begann allmählich eine vermehrte Befassung mit mentalen Vorgängen wie Kognitionen, Gefühlen und Wahrnehmungen aller Art. Eine deutlich ausgeprägte Hinwendung zu Emotion und Motivation besteht in der Psychologie nach Benecke und Brauner (2017) jedoch erst seit der Jahrtausendwende. Das Verhältnis der Psychoanalyse zur Emotion war lange Zeit ebenso gespalten. Einerseits haben Freud und viele seiner Nachfolger in Theorien Affekte lediglich als Folge von dysregulierten Trieben betrachtet und deren soziale und kommunikative Funktion im zwischenmenschlichen Kontext weitgehend negiert oder zumindest außer Acht gelassen (Mertens, 2004). Andererseits waren natürlich weder psychoanalytische Behandlungen noch psychoanalytische Techniken jemals „affektfrei“, wie Krause (1998) eindrücklich auflistet: „Abreagieren eines eingeklemmten Affektes, des traumatischen Erregungsrestes, damit verwandt Katharsis; affektive Abspaltung; Affektisolierung; Besetzungsintensität (...), innerlich ausgedrückt als affektive Valenz (S. 26). Eine ausführliche theoretische Auseinandersetzung mit Emotionen fand jedoch gemessen an ihrer großen klinischen Bedeutung nicht statt (Fonagy et al., 2004). In den 90er-Jahren setzte sich jedoch auch in der psychoanalytischen Szene immer mehr die Auffassung durch, dass „Affekte, und nicht die Triebe ... die uranfänglichen Bausteine des psychischen Lebens [sind]“ (Mertens, 1994, S. 10).

Mittlerweile sind die Affekte in der Psychoanalyse – ebenso wie das Konzept der Mentalisierung – sehr präsent und werden als eigenständiges Phänomen betrachtet und erforscht (Benecke & Brauner, 2017).

Trotz der verstärkten Bemühungen, affektive Phänomene zu erforschen, gibt es jedoch bislang keine einheitliche Definition der Begriffe Emotion, Affekt oder Gefühl, was vermutlich an der Komplexität dieser psychischen Prozesse liegt (Schultz-Venrath, 2015). Ausrücke wie Gemütszustand, Affekt, Stimmung oder Emotion werden bislang häufig synonym verwendet oder es bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, welches der Konzepte sich aus dem jeweils anderen ergibt (Vetter, 2010). So schreibt beispielsweise Schultz-Venrath (2015): „Wenn mächtige Affektwellen unser Selbst überschwemmen, erleben wir eine Emotion. Wenn ähnliche Gefühle weniger stark, aber persistierend ausgeprägt sind, ließe sich vielleicht vom Erleben einer Stimmung sprechen“ (S. 126). Während in der psychoanalytischen Theorie die Begriffe Affekt und Emotion häufig synonym verwendet werden (Benecke & Brauner, 2017), offenbart ein Blick in das benachbarte Gebiet der Motivationspsychologie exemplarisch die großen Unterschiede zwischen den Definitionen: So betrachtet beispielsweise Kuhl (2001) die Emotionen als Zustände, die eine sinnhafte Struktur (wie zum Beispiel „Ich bin wütend, weil“) enthalten, während er Affekte mit „fühlen“ (S. 125) gleichsetzt, womit eine diffuse körperliche Reaktion gemeint ist, deren Bedeutung nicht leicht entschlüsselt werden kann. Mehr Einigkeit scheint hinsichtlich des Worts „Gefühl“ zu bestehen, das für affektive Zustände verwendet wird, die bewusst stattfinden (Böker & Hell, 2002; Benecke & Brauner, 2017).

In der psychoanalytischen Literatur dominieren mittlerweile verschiedene Definitionen, die Emotionen als Prozesse ansehen, die wiederum aus Subsystemen oder Modulen bestehen (Benecke & Brauner, 2017). So besteht nach Oatley & Jenkins (1996) der Kern einer Emotion aus einer Handlungsbereitschaft und naheliegenden Handlungsplänen, die durch ein Ereignis ausgelöst werden, das eine Person (bewusst oder unbewusst) als wichtig erlebt. Die Affektsystemtheorie von Rainer Krause (1998) zählt ebenfalls zu den Prozessmodellen und soll im folgenden Abschnitt vorgestellt werden.

2.2.2 Die Theorie der emotionalen Subsysteme (Krause)

Rainer Krause (1998, 2012) geht von einem modularen Aufbau des Affektsystems aus, das aus sechs verschiedenen Affekt-Modulen, Subsystemen oder Komponenten besteht: Die expressive Komponente bezieht sich auf den äußeren Körper, die Motorik, die Stimme und Gesichtsausdrücke. Die physiologische Komponente nimmt Bezug auf körperliche Phänomene wie das endokrine System und das autonome Nervensystem. Die motivationale Komponente bahnt die Handlungsbereitschaft für Willkürmotorik. Sie kann sich in der Körperhaltung zeigen, ist aber anders als die expressive Komponente nicht immer sichtbar. Nach Krause (2012) formen diese drei Subsysteme den Affekt. Vom

Gefühl spricht er erst dann, wenn die vierte Komponente hinzukommt, die „das bewusste Wahrnehmen und/oder Erleben“ (Krause, 1998, S. 28) des Affekts beschreibt. Das fünfte Modul bezieht sich auf die sprachliche Benennung oder Erklärung des Erlebens. Empathie liegt nach Krause (2012) erst dann vor, wenn diese Versprachlichung zusätzlich in Form von inneren Bildern oder klarer Affektbenennung auftritt, und eine korrekte Zuordnung des Gefühls zu Situationen, zum Selbst oder zu anderen vorgenommen wird (sechste Komponente). Die ersten drei Module ohne selbstreflexiven Anteil werden unter dem Begriff „occurring emotion“ (Krause, 2012, S. 63) zusammengefasst. Die Komponenten 4 bis 6 bezeichnet Krause (2012) als „experienced emotion“ (S. 63).

Vergleicht man den Aufbau des Affektsystems von Krause (2012) mit der Struktur der Affekte in der *GEVA*, so entspricht die inhaltliche Beschreibung der Komponenten der „occurring emotion“ dem motorischen und dem somatischen Kanal. Genauer betrachtet gleicht die Beschreibung der expressiven Komponente in wesentlichen Teilen der Klassifikation des motorischen Kanals. Das physiologische sowie das motivationale Modul gleichen inhaltlich in der *GEVA* zu großen Teilen dem somatischen Kanal (und sobald es sichtbare äußere Anzeichen gibt dem motorischen Kanal). Die *GEVA* bezieht sich nach Krauses Anordnung jedoch nicht auf Affekte, sondern auf Gefühle, da sie versprachlichte Emotionen misst, womit die vierte und auch die fünfte Komponente aus Krauses Affektsystem gegeben sein müssen. Die sechste Komponente in Krauses Modell (Empathie) setzt in der *GEVA* die Verwendung des bildlichen und dem verbalen Kanal auf einem hohen Level voraus.

Auch für die vorliegende Arbeit wird das Wort „Gefühl“ nach Krause (1998) ausschließlich in Zusammenhang mit einem bewussten Erleben genutzt. Zur Beschreibung der versprachlichten Emotionen nach der *GEVA* werden jedoch ebenfalls die Begriffe „Affekt“ und „Emotion“ verwendet. Analog zum Vorgehen von Lecours und Bouchard (1997) beziehen sie sich auf unterschiedliche Bewusstseinszustände, die im Kontext der Beschreibung erschlossen werden können.

2.2.3 Die Theorie zur Entwicklung diskreter Emotionen (Izard)

Carroll Izards Theorie (1981) geht auf die Vorstellungen von Charles Darwin (1872) zurück, der Emotionen als phylogenetisches Erbe ansah und die kommunikative Signalfunktion von Emotionen untersuchte. In seiner Universalitätshypothese des mimischen Ausdrucks vertrat Darwin die Ansicht, dass der Gesichtsausdruck von bestimmten, klar voneinander abgrenzbaren Emotionen weltweit und kulturübergreifend gleich ist (Krohne & Tausch, 2013). Die damals von vielen als abwegig angesehene Hypothese wurde mittlerweile in großen Teilen belegt (Lammers, 2007). Aufbauend auf Darwins Hypothese haben verschiedene Forscher versucht, diese biologisch-evolutionär verankerten Emotionen zu identifizieren (Benecke & Brauner, 2017). Für bestimmte Emotionen wie Angst oder Ekel besteht eine

große Übereinstimmung, dass sie zu den Basisemotionen zählen, die ohne Lernerfahrungen und ohne komplizierte kognitive Leistung gezeigt und von anderen Menschen erkannt werden (Lammers, 2007). In Bezug auf die genaue Anzahl und die Qualität der Kernaffecte herrscht jedoch keine Einigkeit (Schultz-Venrath, 2015). Dies gilt noch mehr für zusammengesetzte, sich durch Lernprozesse entwickelnde komplexe Emotionen, die von manchen Autoren auch als „reflexive Emotionen“ (Lammers, 2007, S. 39) bezeichnet werden, da sie häufig eine Bewertung des Selbst inkludieren sowie das Resultat von realen oder imaginierten Begegnungen sind.

Izard (1981) entwickelte seine Theorie der diskreten Emotionen basierend auf der Beobachtung von Kleinkindern. Er arbeitete mit Videos, um Reaktionen und Mimik exakt zu erfassen. Wie Darwin (1872) ging Izard (1981) dabei davon aus, dass Emotionen im Kern genetisch angelegt sind und das Überleben fördern. Ihr Ursprung seien die weltweit und kulturübergreifend gleichen Erregungs- und Verhaltensmuster. Emotionen sieht er als „noch grundlegender als ... Persönlichkeitsprozesse [an], die menschlicher Existenz Sinn und Bedeutung geben“ (Izard, 1981, S. 63). Anders als rein evolutionäre Theoretiker geht Izard davon aus, dass sich aus diesen Erregungs- und Verhaltensmustern in bestimmten Reife- und Entwicklungsprozessen über mehrere Bewusstseinsstufen hinweg die diskreten Basisemotionen erst nach und nach entwickeln, wieso er teilweise auch zu den Entwicklungspsychologen gezählt wird (Rheinberg & Vollmeyer, 2012). Izard (1981) erstellte unter anderem einen Zeitplan, der angibt, in welchem Alter welche Grundemotion erstmals auftritt: Beispielsweise beobachtete er bereits bei Neugeborenen Schreckreaktionen mit einem automatischen Abwenden von potentiell schädigenden Reizen. Auch Ekel in Kombination mit Ausspucken von Dingen aus dem Mund sah er bereits kurz nach der Geburt, genauso wie das erste Lächeln der Säuglinge, welches zwar noch nicht intentional entsteht, jedoch trotzdem die Kind-Umwelt-Interaktion fördert und versorgende Personen an das Baby bindet. Um den fünften Lebensmonat beginnen Kinder seiner Ansicht nach, Interesse zu zeigen, was für die aktive Erschließung der Lebenswelt zentral ist. Ärger wiederum, meist um den sechsten Monat sichtbar, befähige ein Kind, aktiv auf die Umwelt einzuwirken und Barrieren zu überwinden. Scham oder Schüchternheit seien hingegen Emotionen, die etwas später aufträten. Ihre Aufgabe sei es, die Abgrenzung des eigenen Selbst von anderen Personen zu fördern und sich nach innen zu wenden, auch um Fähigkeiten zu erschließen, die das Selbstwertgefühl steigerten. Izard (1981) benennt insgesamt zehn diskrete, grundlegende Emotionen, die er ausführlich beschreibt: Interesse, Leid, Ekel und Freude, Zorn, Überraschung, Scham/Schüchternheit, Furcht, Geringschätzung und Schuldgefühl. Eine detaillierte Beschreibung dieser Emotionen befindet sich im Abschnitt 3.4.

In der Literatur wird Carroll Izards (1981) Klassifikation der Basisemotionen häufig mit den Primäremotionen von Ekman, Tomkins oder Plutchik verglichen (Rheinberg & Vollmeyer, 2012).

Weniger bekannt ist, dass Izards Basisemotionen Teil einer ausdifferenzierten Theorie zur Persönlichkeit und zur Motivation sind. Für eine ausführliche Darstellung von Izards sechs Subsystemen der Persönlichkeit und den daraus resultierenden vier Haupttypen der Motivation verweise ich auf Izards Monographie (1981) „Die Emotionen des Menschen“. An dieser Stelle soll eben genannte Theorie nur kurz angerissen werden, da sich einzelne Teile von ihr in der *MICA* von Serge Lecours (2013) wiederfinden: Izard (1981) nimmt an, dass Emotionen neben ihrer kommunikativen Funktion das „Hauptmotivationssystem“ (Izard, 1981, S. 63) bilden. Neben den Basisemotionen gibt es noch drei andere Haupttypen stabiler motivationaler Variablen: Triebe und Körperempfindungen (wie Hunger, Müdigkeit, Sexualität), affektiv-kognitive Orientierungen oder Strukturen (wie zum Beispiel Introversion – Extraversion, Skeptizismus, Vitalität oder Ruhe/Gelassenheit) sowie Affekt-Kognition-Interaktionen. Letztere entstehen aus der Interaktion von Emotionen, Triebe und affektiv-kognitive Orientierungen miteinander oder untereinander, was zur Bildung dyadischer oder triadischer Affektinteraktionen führt (zum Beispiel Emotion-Emotions-Strukturen wie „Interesse-Vergnügen“ oder Emotion-Trieb-Strukturen wie „Interesse-Sexualität“).

Lecours (2013) hat für die Entwicklung der *MICA* nicht nur die zehn Primäremotionen von Izards Hauptmotivationssystem übernommen, sondern auch den Sexualtrieb sowie die affektiv-kognitive Orientierung „Ruhe-Gelassenheit“, die auch als eigenschaftsähnliches Phänomen bezeichnet werden könnte. Sie werden im Kapitel über die *Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs* (Abschnitt 3.3.4) inhaltlich ausführlich dargestellt.

2.3 Forschungsergebnisse zur GEVA (und MICA)

Zur *GEVA* liegen bereits einige Studien vor, von denen ausgewählte hier vorgestellt werden sollen. Dabei wird der Fokus auf Ergebnisse gelegt, die wichtige Inspirationen zur vorliegenden Studie geliefert haben. Zur Übersichtlichkeit wurden die Eigennamen der verwendeten Messverfahren *kursiv* hervorgehoben.

In einer Einzelfallstudie zeichneten Lecours, Bouchard, St-Amand und Perry (2000) einen einzelnen, vorzeitig abgebrochenen, 14-stündigen Therapieverlauf nach. Sie konnten zeigen, dass unangenehme Affekte zu Beginn der Therapie schlechter explizit mentalisiert waren als angenehme Affekte. Im Verlauf zeigte sich, dass die Patientin ihre negativen Affekte zwar besser mentalisieren konnte (*explizit, qualitativ*), sie sprach jedoch insgesamt weniger über ihre unangenehmen Gefühle (*implizit, quantitativ*). Bei genauerer Betrachtung zeigte sich zudem, dass diese *qualitative* Verbesserung der Mentalisierung auf eine vermehrte Verwendung des verbalen Kanals zurückgeführt werden konnte, die jedoch zeitgleich mit einem Verlust an Spontaneität einherging. Eine zusätzliche Einschätzung der

Abwehr (mit der *Defense Mechanism Rating Scale*) der Patientin mit der zeigte, dass die sie im Verlauf der Therapie bis zum Abbruch mehr und mehr leugnete.

Zusammen mit Fonagy, Target, Lecours Tremblay und Schachter verglich Bouchard (2008) drei Mentalisierungsmaße miteinander und untersuchte, in welchem Zusammenhang diese Maße mit Achse 1 und Achse 2 Diagnosen standen. Es wurden 73 *AAIs* durchgeführt. Anschließend wurden die Transkripte mit der *Reflexiven Funktionsskala*, dem *Mental States Measure* und der *GEVA* und der *MICA* ausgewertet. Es gab einen Zusammenhang zwischen der *qualitativen* Mentalisierung von unangenehmen Affekten nach der *GEVA*, die anderen zugeschrieben wurden, und der *Reflexiven Funktion* ($r=.44^{**}$). Der *GEVA*-Wert für „eigene“ (dem Selbst zugeschriebene), unangenehme Emotionen (*qualitativ*) korrelierte in keinem nennenswerten Ausmaß mit der *Reflexiven Funktion*. Nur die *Reflexive Funktion* sagte die Bindung voraus. Das explizite Maß (*qualitativ*) für negative, eigene Emotionen nach der *GEVA* korrelierten mit Achse 1 ($-.32^{**}$) und Achse 2 ($.36^{**}$) Störungen und leisteten einen eigenständigen Anteil an der Vorhersage für psychische Erkrankungen. Die *Reflexive Funktion* leistete über die *Bindung* hinaus keinen Anteil zur Vorhersage psychischer Erkrankungen. Die Autoren gehen aufgrund der geringen Interkorrelation der Mentalisierungsmaße davon aus, dass Mentalisierung ein komplexes Phänomen ist, das aus mindestens drei Facetten besteht: Der Reife der Abwehr, der Fähigkeit zur Desomatisierung und zur containten Verbalisierung, sowie der Kapazität, interpersonelle und innere Beziehungen als mentale Prozesse zu sehen.

In einer 2009 veröffentlichten Studie fanden Lecours, Robert und Desruisseaux heraus, dass somatische Patienten, die an einer Atemstörung litten sowohl höhere Alexithymiewerte aufwiesen (gemessen mit der *Toronto Alexithymie Skala*) als auch deutlich weniger emotionale Ausdrücke verwendeten (*quantitativ*) und die geäußerten Emotionen zudem schlechter mentalisiert waren (*qualitativ*) als bei Psychotherapiepatienten ohne somatoforme Störung.

Beretta, Roten, Lecours, Michel und Despland (2016) untersuchten eine vierstündige fokussierte Intervention bei acht depressiven Patienten. Die Intervention fokussierte auf konflikthaft erlebten Beziehungsepisoden, war ressourcenorientiert und sollte die Abwehr der Patienten stärken. Die Autoren fanden heraus, dass Patienten mit einem besseren Outcome (gemessen mit der *SCL-90-R* und der *HAM-D*) am Ende der Intervention ihre Emotionen angeeigneter ausdrücken konnten (weniger Level 1 und Level 2, *explizite Mentalisierung*). Je positiver der Outcome (mit *SCL-90-R* und *HAM-D*) war, desto weniger negative Emotionen äußerten die Patienten in den Sitzungen. Generell kam es über die Sitzungen hinweg zu einer vermehrten Verwendung externalisierter Emotionsausdrücke (Level 3), was von den Autoren als wichtiger Zwischenschritt zu angeeigneten Emotionen interpretiert wurde.

Generell äußerten die Patienten im Vergleich von der ersten und der letzten Sitzung am Ende mehr *Trauer* und *Freude*, sowie weniger *Schuld*, *Ärger*, *Angst* und *Hilflosigkeit* (gemessen mit der *MICA*). In einem Einzelfall schilderten die Autoren anschließend den Verlauf einer Patientin. Sie berichteten dabei von positiven Veränderungen in der *expliziten und impliziten Mentalisierung* und stellten diese exemplarisch dar, machten jedoch auch darauf aufmerksam, dass die Patientin keine qualitative Veränderung in *feindseligen Emotionen gegen sich selbst* durchlaufen hat.

Im Jahr 2011 führten Lecours und Bouchard eine Studie zum Thema Borderline-Symptomatik und Affektmentalisierung durch. 64 Patienten wurden dabei hinsichtlich ihrer Borderline-Symptomatik eingestuft (*SKID-II-Fragebogen*) und nahmen anschließend an einem Interview teil, das verschiedene Emotionen evozieren sollte (*Trauer*, *Freude*, *Ärger* und *Angst*). Je stärker die Borderline-Symptomatik ausgeprägt war, desto häufiger äußerten die Patienten *feindselige Emotionen in Bezug auf andere* (*quantitative, implizite Mentalisierung*) und desto schlechter konnten sie *Trauer* mentalisieren (*qualitative, explizite Mentalisierung*). Die Autoren schlussfolgern, dass diese Emotionen im Zentrum der Borderline-Therapie stehen sollten.

Im Jahr 2016 führten Bouizegarene und Lecours *Beziehungsepisodeninterviews* durch, um den Zusammenhang zwischen narzisstischen Persönlichkeitszügen und der Affektmentalisierung zu untersuchen. Die Narzissmuswerte wurden anhand von 17 Screeningfragen zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung aus dem *SKID-II-Fragebogen* erhoben. Die transkribierten Interviews wurden mit der *GEVA* und *MICA* ausgewertet. Die Ergebnisse zeigten, dass höhere Narzissmuswerte mit einem vermehrten Äußern von *Scham*, *Hilflosigkeit*, *Selbstbewunderung* und *Ärger gegen sich selbst* und einhergingen (*quantitativ*). Je höher die narzisstische Ausprägung war, umso schlechter konnte *Trauer* mentalisiert werden (*qualitativ*). Die Autoren schlussfolgern, dass bei narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierungen oder Störungen der Fokus auf diese Emotionen gelenkt werden sollte.

2.4 Psychotherapieforschung

Das vorliegende Kapitel soll dazu dienen, die Studie in die Psychotherapieforschung einzuordnen. Dazu wird zunächst der aktuelle Stand in der Psychotherapieforschung umrissen und auf die Kritik zur immer noch vorherrschenden Rolle der randomisiert-kontrollierten Studien eingegangen. Im Anschluss soll das Gebiet der Einzelfall- und Prozessforschung beleuchtet werden. Psychoanalytische Forschung wurde und wird immer wieder als unwissenschaftlich bezeichnet, was vermutlich daran liegt, dass die traditionsreiche und weit verbreitete, essayistische Darstellung von Fallvignetten fälschlicherweise mit der modernen psychoanalytischen systematischen Einzelfallforschung gleichgesetzt wird (Brockmann & Kirsch, 2012). Abschnitt 2.4.2 soll hier die Unterscheide aufzeigen und Qualitätskriterien für die

Erforschung von einzelnen Therapieverläufen beschreiben. Anschließend wird das Vorgehen einer prozessorientierten Psychotherapieforschung dargestellt, das gerade für die Erforschung von Mikroprozessen in psychoanalytischen Therapien geeignet scheint. Es werden exemplarisch einige Ergebnisse der Prozessforschung zum emotionalen Geschehen in Psychotherapien vorgestellt. Zuletzt wird die vorliegende Studie hinsichtlich der Qualitätskriterien eingestuft und die Untersuchungsziele abgeleitet.

2.4.1 Aktueller Stand der Psychotherapieforschung

In einem Interview kritisierte Falk Leichsenring (2018), Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie und Professor am Universitätsklinikum Gießen, den derzeitigen Stand der Psychotherapieforschung. Erforscht würden fast ausschließlich kurze, vor allem verhaltenstherapeutische Therapien, obwohl diese häufig „geringe Erfolgsraten“ (S. 449) aufwiesen und zeigten, dass nicht alle Patienten vom gleichen Therapieansatz profitieren würden. Leichsenring (2018) fordert daher die systematische Erforschung aller evidenz-basierten Verfahren, vor allem schlägt er vor, „mehr Langzeittherapien zu erforschen ... [und] sich von der grundsätzlichen Idee zu verabschieden, dass kurze Therapien für alle ausreichend sind“ (S. 450). Er fordert weiterhin die Untersuchung von Patienten, die an chronischen psychischen oder mehreren psychischen Krankheiten leiden. Ein weiteres Problem benennt Hau (2012), der von einer „Kluft zwischen Klinikern und Forschern“ (S. 484) spricht, und weiter betont: „Die Patienten haben sich als inhomogene Gruppe herausgestellt, ... hinter ein und derselben Diagnose verbergen sich unterschiedlichste Ätiologien, Therapieprozesse verlaufen unterschiedlich und nicht-linear.“ (S. 484).

Eine Ursache für die von Leichsenring (2018) und Hau (2012) kritisierte Erforschung von kurzen, oft verhaltenstherapeutischen Therapien liegt im Vorherrschen einer ergebnisorientierten Forschung begründet, die randomisiert-kontrollierte Studien als Goldstandard ansieht und hauptsächlich Prä-Post-Vergleiche misst. Internationale Kriterienkataloge zur Beurteilung der Wirksamkeit von Behandlungsverfahren räumen den randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs, auch efficacy studies) seit Jahrzehnten eine besondere Bedeutung ein (Leichsenring & Rüger, 2004). Kennzeichnend für Studien, die den Anforderungen genügen, sind Randomisierung (damit Effekte ausschließlich auf die angewendete Therapie zurückgeführt werden können; interne Validität), der Vergleich mit einer Kontrollbedingung (Warte- bzw. Placebo-Gruppe) sowie eine manualisierte Behandlung für ein spezifisches Störungsbild (Leichsenring & Rüger, 2004). Orlinsky (2008) benennt die „Fallstricke“ (S. 346) dieses Forschungsparadigmas, das stark an einer naturwissenschaftlichen, pharmakologischen Herangehensweise orientiert ist, wie folgt: Therapeuten würden weniger als Individuum, sondern eher als Anbieter von Therapieformen gesehen, obwohl letztlich unklar sei, wie sehr sie sich an bestimmte

Techniken hielten. Patienten würden weniger als Personen, sondern vielmehr als Ausprägung einer diagnostizierten Störung gesehen, die ohne Berücksichtigung ihrer Präferenzen einer Behandlungsmethode zugeordnet würden. Das Therapiesetting werde wie eine Laborsituation konstituiert, was mit der Realität von Therapiesitzungen nicht viel gemein hätte (S. 346). Vor allem Prä-Post-Vergleiche lassen im Unklaren, wie Prozesse in einer Therapie verlaufen und was letztlich für die Patienten wirkt (Elkin, 1999). Randomisierte Studiendesigns ignorieren nach Wampold (2001) eine der wichtigsten Voraussetzungen für Behandlungen, nämlich die eigenständige Auswahl einer Therapie und damit die Passung von Therapeut und Patient. Weiter wird kritisiert, dass mit Vorher-Nachher-Messungen Therapien nicht weiterentwickelt und verbessert werden könnten (Hau, 2012). Elkin (1999) nimmt an, dass statistische Vergleiche zwischen verschiedenen Behandlungsbedingungen häufig sogar nicht einmal Unterschiede zwischen Interventionen oder Therapieformen aufzeigen, sondern in Wirklichkeit Variationen in der Therapeuten–Behandlungs–Interaktion darstellen. Zusammenfassend kommt auch Orlinsky (2008) zu dem Schluss, dass „das vorherrschende Paradigma ... menschliche Realitäten in der Psychotherapie nicht adäquat abbildet“ (S. 347) und fordert mehr naturalistische Studien. Anders als randomisierte Studien untersuchen naturalistische Studien (*effectiveness studies*) Therapien nicht unter Labor-, sondern unter Praxisbedingungen. Ihre Ergebnisse weisen eine hohe externe Validität auf und lassen sich auf den klinischen Alltag übertragen. Tschuschke und Kollegen (2009) beschreiben, dass Vertreter einer naturalistischen Psychotherapieforschung Therapien als äußerst komplexe, zwischenmenschlichen Beziehungen ansehen, die das Denken und Empfinden verändern. Es läge auch in der Natur des Menschen und in der Natur von Psychotherapien, dass sich Therapieziele erst im Verlauf einer Behandlung ergeben oder ändern könnten. Sie lehnen daher Studiendesigns mit wenigen, starr definierten Variablen und Zielen ab (Tschuschke et al., 2009).

Leichsenring und Rüger (2004) halten die teils verhärtete Diskussion um die „richtige“ Art der Psychotherapieforschung (also randomisierte versus naturalistische Ansätze) für unnötig, da sich die unterschiedlichen Herangehensweisen ihrer Ansicht nach auf unterschiedliche Fragestellungen beziehen. Die Autoren schreiben: „Randomisierte kontrollierte Studien sind naturalistischen Studien nicht überlegen und auch nicht umgekehrt. Unterschiedliche Fragestellungen erfordern jeweils andere Forschungsansätze.“ (S. 214). So sehen es die Autoren zum Beispiel als unumstritten an, einzelne neue Behandlungstechniken oder Interventionen zunächst unter Laborbedingungen zu untersuchen, damit Patienten kein Schaden entstünde. Um jedoch zu erfahren, was in Therapien passiert, wie sich Wirkmechanismen realisieren und wie sich Veränderungsprozesse entwickeln, müsse ein naturalistischer Zugang gewählt werden, der den einzigartigen Charakter von Therapien würdige. Diese Ansicht teilt auch Hau (2012): „Eine Psychotherapie ist ein historisch einmaliges Ereignis im Leben von

Patient und Therapeut und lässt sich ebensowenig replizieren wie Interventionen innerhalb einer Therapie.“ (S. 488).

Auch die hier vorgestellte Studie folgt einer naturalistischen Herangehensweise und untersucht das Prozessgeschehen auf Mikroebene in einzelnen Psychotherapien. Grundzüge der Prozessforschung und der Einzelfallforschung, die dem naturalistischen Paradigma zuzuordnen sind, sollen im kommenden Abschnitt vorgestellt werden.

2.4.2 Prozessorientierte Einzelfall-Forschung

Kächele und seine Kollegen (2006) beschreiben die „narrative Tradition“ (S. 387) der Psychoanalyse, die meist einem entdeckungsgeleiteten Vorgehen folgt und ihre gefundenen Einsichten anhand von Fallvignetten einem Fachpublikum zugänglich macht. Erste Fallgeschichten finden sich in den Studien über Hysterie bei Freud, und auch heute gilt die oft subjektiv-geprägten Darstellung von einzelnen Therapieverläufen „als der wesentliche Verständigungstext innerhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft“ (Brockmann & Kirsch, 2012). Jürgen Körner (2007) fasst die daraus resultierende, häufig geäußerte Kritik an der „Psychoanalyse als antiquierte Wissenschaft“ (S. 24) wie folgt zusammen: Die Wirksamkeit der Psychoanalyse sei ungenügend gesichert, sie sei „übertrieben selbstreflektiert“ (S. 22) und die Weitergabe von Wissen erstreckte sich häufig darauf, „was die Älteren den Jüngeren zu sagen hätten“ (S. 22). Auch Brockmann und Kirsch (2012) geben zu bedenken, dass essayistische Falldarstellungen ihre Glaubwürdigkeit häufig durch die schriftstellerischen Fähigkeiten des Autors gewinnen, während „diese Form der Darstellung ... außerhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft an Überzeugungskraft massiv verloren [hat]“ (S. 219). Wie aber lassen sich aktuelle wissenschaftliche Standards wie Systematik, Methodik und Überprüfbarkeit mit einem psychoanalytischen Zugang zum Patienten, seiner höchst individuellen Geschichte und dem höchst individuellen Zusammenwirken von Patient und Therapeut verbinden? Die systematische Einzelfallforschung soll hier (zumindest in Teilen) Abhilfe schaffen. Brockmann und Kirsch (2012) fassen die wissenschaftlichen Standards der modernen Einzelfallforschung wie folgt zusammen: Vollständige Tonband- oder Videoaufzeichnungen, die Erhebung einer klinischen Diagnose nach DSM IV sowie eine wiederkehrende Erfassung der Symptomatik. Leichsenring und Rüger (2004) legen ebenfalls einen Kriterienkatalog vor, der die Qualität von naturalistischen Studien angelehnt an die Stufen von Evidenz der randomisierten Studiendesigns in verschiedenen Leveln (I-IV) beschreibt und damit deutlich macht, dass es im Rahmen der naturalistischen Studien Qualitätsunterschiede gibt. Eine naturalistische Studie mit hohem Evidenzgrad ist nach ihrem Kriterienkatalog eine prospektive quasi-experimentelle Studie, die unter anderem die Verwendung von verschiedenen reliablen und validen diagnostischen Prozeduren und Erfolgsmaßen und die Durchführung von Prä-, Post- und Follow-up-Erhebungen vorsieht (Leichsenring & Rüger, 2004).

Detaillierte Einzelfallstudien werden in den letzten Jahren wieder verstärkt durchgeführt und erleben eine neue Wertschätzung im Bereich der Medizin und Psychologie (Leuzinger-Bohleber, Deserno & Hau, 2004). Dies mag darin begründet liegen, dass schon lange bekannt ist, dass professionelle Psychotherapien hilfreich sind, die zugrunde liegenden Prozesse aber nach wie vor wenig erforscht sind (Tschuschke et al., 2009; Benecke, 2014). Anders als Fallvignetten erfüllen moderne, qualitativ hochwertige Einzelfallstudien die oben genannten Kriterien und verwenden verschiedene, häufig auch quantitative Methoden, die dazu beitragen sollen, spezifische Wirkfaktoren zu identifizieren sowie Therapieprozesse nachprüfbar zu dokumentieren (Grawe, 1992). Dabei muss angemerkt werden, dass – obwohl nahezu jede Erforschung von psychotherapeutischen Prozessdynamiken ihren Ursprung in mikro- wie makroanalytischen Einzelfalldarstellungen hat –, das eigentliche zugrundeliegende Erkenntnisinteresse weit über den jeweiligen Einzelfall hinausreicht (Grawe, 1992). Um letztlich die große Frage zu beantworten: „Welcher Patient mit welcher Störung verändert sich bei welchem Therapeuten zu welchem Zeitpunkt der Behandlung auf welche Art und Weise und aufgrund welcher Interventionen ... wie?“ (Tschuschke et al., 2009) oder – etwas kürzer – nach Roth und Fonagy (2005): „What works for whom?“, sollte das spezifische Wissen aus Einzelfällen kumuliert werden und in die Bildung von Konzepten, Modellen oder Typen einfließen. Um diese Frage zu beantworten wird in naturalistischen Studien bzw. in der Einzelfallforschung häufig ein prozessorientiertes Vorgehen gewählt, das im Folgenden genauer vorgestellt wird.

Benecke (2014) beschreibt die *prozessorientierte Forschung* als eine Untersuchung von Veränderungsprozessen und Wirkfaktoren. Prozessforschung beinhaltet meist auch ein Therapieergebnis bzw. die Erhebung einer Katamnese, da sich sonst Fragen wie: Prozess wovon? und Prozess wohin? nicht beantworten ließen (Stumm & Pritz, 2009). Die Process-Outcome-Forschung untersucht, wie bestimmte Veränderungen durch das Geschehen in den Therapiesitzungen herbeigeführt werden. Greenberg und Newman (1996) schlagen vor, gezielt nach bestimmten Prozess- bzw. Interaktionsmerkmalen zu suchen, denen aufgrund von Vorüberlegungen eine zentrale Bedeutung für den Veränderungsprozess des Patienten zukommt. Nach Kriz (2004) sollen dann zum Beispiel folgende Fragestellungen beantwortet werden: Welche Parameter bestimmen einen günstigen oder ungünstigen Therapieverlauf? Wie können unterschiedliche Prozessphasen in Therapien bestimmt werden, auch um abzuklären, an welcher Stelle sich ein Patient gerade befindet?

Die soeben gestellten Fragen deuten bereits an, dass in dieser Art der Forschung zwangsläufig viele Entscheidungen getroffen werden müssen. Dazu zählt auch die Auswahl der Untersuchungseinheiten, und die Festlegung, „wie feinkörnig ... das Prozessgeschehen analysiert werden [soll]“ (Benecke, 2014, S. 626). Möglich sind einzelne Sequenzen, Stunden bis hin zu ganzen Therapien. Auch die Art und Weise

des Zugangs bietet verschiedene Möglichkeiten. Moderne Prozessforschung betrachtet häufig die Mikrobereiche des psychotherapeutischen Geschehens und möchte damit Verläufe genau nachzeichnen (Tschuschke et al., 2009). Auch Benecke (2014) benennt als eines der Hauptziele von prozessorientierter Forschung, „das tatsächliche Geschehen“ (S. 626) in den Therapien zu erfassen. Für die Auswertung kommen verschiedene Methoden zum Einsatz, wie zum Beispiel Prozess-Fragebögen, Stundenratings oder Methoden der Erfassung von Prozessvariablen auf der Mikroebene.

Abschließend sollen exemplarisch einige Ergebnisse aus der Prozessforschung in Bezug auf emotionales Geschehen in Therapien vorgestellt werden. Sie werden teilweise im Diskussionsabschnitt dieser Arbeit erneut aufgegriffen, um mit ihnen die Ergebnisse der vorliegenden Studie zu bewerten sowie die Instrumente *GEVA* und *MICA* zu beurteilen.

Um emotionales Geschehen in Therapien zu untersuchen, entwickelten Warwar und Greenberg (1999) die *Client Expressed Emotional Arousal Scale III*, mit der die Intensität der nonverbale Signale wie Mimik und Stimme einer Emotion ausgewertet werden können, und die *Emotion Productivity Scale* (Greenberg et al., 2007), mit der Emotionen nach bestimmten Kriterien in ihrer Produktivität eingestuft werden. Eine Emotion wird dann als produktiv angesehen, wenn sie zum Beispiel gegenwärtig und bewusst erlebt wird, nicht überwältigend ist und sich der Erlebende das Gefühl als zu sich gehörig empfindet. Eine Studie von Greenberg und Kollegen (2007) zeigte, dass depressive Patienten mit einem guten Therapie-Outcome höhere emotionale Produktivitätswerte und auch mehr produktive emotionale Erregungen zeigten als die Patienten mit einem schlechteren Therapie-Outcome.

Anderson, Bein, Pinnell und Strupp (1999) benutzen ein computergestütztes Sprachanalysesystem (CALAS), um die Beziehungen verschiedener linguistischer Parameter in psychodynamischen Kurzzeitbehandlungen zu untersuchen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Therapeuten, die in hoch-affektiven Momenten eher kognitive Worte wählen, schlechtere Behandlungsergebnisse aufweisen als Therapeuten, die dies nicht tun (Anderson et al, 1999).

In einer Metaanalyse entdeckten Elliott und Kollegen (2018) einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen dem Behandlungsergebnis und der Empathiefähigkeit des Therapeuten.

Gut erforscht ist auch die therapeutische Fokussierung auf Affekte des Patienten. Hierzu liegen verschiedene Studien vor: Bei Coombs et al. (2002) korrelierte die Exploration von Emotionen des Therapeuten mit dem Behandlungserfolg von depressiven Patienten. Dieser Effekt konnte in eindrucklicher Weise von Diener et al. (2007) in einer Metaanalyse über psychodynamische Therapien

bestätigt werden, die aufzeigte, dass Patienten deutlich mehr von Therapien profitieren, wenn Therapeuten affektfokussiert arbeiten und die Patienten in ihrem emotionalen Erleben unterstützen.

Auch mimisch-affektive Prozesse wurden bereits häufig mit dem aufwendigen *Facial Action Coding System* erforscht, das innerhalb von Sekundenbruchteilen teils unbewusste Emotionsausdrücke misst (Benecke, 2014). Die Ergebnisse fasst Benecke (2014) wie folgt zusammen: „Auf der Ebene des mimisch-affektiven Verhaltens ... deuten die Befunde darauf hin, dass ein zu hohes Maß an Reziprozität in der mimisch-affektiven Kommunikation, egal ob positiv oder negativ, eher schädlich für einen gelingenden therapeutischen Prozess zu sein scheint“ (S. 647). Anders als in der Kommunikation mit einem empathischen Laien scheint es für erfolgreiche Therapien also hilfreich, wenn Therapeuten sich mimisch nicht vom Affekt der Patienten anstecken lassen.

Gut belegt sind auch die nicht-linearen Symptomverläufe in Therapien. Verschiedene Autoren, unter anderem Pascual-Leone und Greenberg (2009) oder Ablon und Jones (1999), schreiben dass es störungsübergreifend häufig im Verlauf einer Therapie zu einer Symptomverschlechterung bzw. einer Destabilisierung mit Aktivierung negativer, schmerzlicher Emotionen kommt, bevor alte Bewältigungsmuster aufbrechen, Sinnfindung eintritt und Therapieerfolge sichtbar werden.

2.5 Verzahnung der Theorien und abgeleitete Fragestellungen

In diesem letzten Abschnitt des Theorieteils sollen die nun eben vorgestellten Konzepte miteinander in Verbindung gebracht werden, um so den theoretischen Rahmen und die allgemeinen Fragestellungen der Studie abzuleiten. Das konkrete Vorgehen sowie die konkreten Fragestellungen werden dann im nachfolgenden Methodenteil ausgearbeitet.

Die hier vorgelegte Studie verbindet die beiden klinisch relevanten Themen der *Mentalisierung* und der *Emotionstheorien* im Konzept der *Emotionsmentalisierung* und untersucht diese in *analytischen Psychotherapien*. Die Arbeit soll damit einen Beitrag zur modernen *psychoanalytischen Einzelfall- und Prozessforschung* leisten. Unter der Annahme, dass die Art, die Qualität und die Quantität verschiedener Emotionen, also deren *implizite* und *explizite Mentalisierung* einen entscheidenden Einfluss auf das psychische Wohlergehen von Menschen hat und unter der Annahme, dass Psychotherapien beim *Mentalisieren* helfen sollen, damit es Menschen emotional langfristig besser geht, soll die Arbeit Hinweise liefern zur Beantwortung der Frage: „Was passiert emotional im Verlauf von analytischen Psychotherapien?“. Zu diesem Zweck untersucht die vorliegende Arbeit fünf Langzeittherapien. Die Veränderungsprozesse der *impliziten* und *expliziten Emotionsmentalisierung* innerhalb der jeweiligen Therapie werden dabei mit den objektiven, standardisierten Verfahren *GEVA* und *MICA* dargestellt und

anschließend interpretiert. Die *GEVA* und die *MICA* beziehen sich auf das tatsächlich Gesprochene, sind „nah“ am Geschehen und können zur Nachzeichnung des affektiven Prozesses über den Zeitraum der Therapie verwendet werden (Kriterien nach Benecke, 2014). Dabei fließen auch die DSM-4 Diagnosen der Patienten in die Betrachtung der Verläufe mit ein: Passen die geäußerten Emotionen zu den Diagnosen? Welcher *Verlauf in der Affektmentalisation* wäre je nach *emotionaler Ausgangslage* wünschenswert? Die einzelnen Verläufe sollen anschließend verglichen und auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten hin untersucht werden mit dem von Tschuschke und Kollegen (2009) formulierten Ziel, Muster zu erkennen, die über den Einzelfall hinausgehen.

Die Unterschiede zwischen der britischen und der französischen Sichtweise auf Mentalisierung, die in Kapitel 2.1.3 ausführlich beschrieben wurden, sollen auch statistisch überprüft werden. Zeigen sich Zusammenhänge zwischen den Werten der „britischen“ *RF-Skala* und der „französischen“ *GEVA* und *MICA*? Lassen sich die in Abschnitt 2.3 geschilderten Ergebnisse von Bouchard, Target, Fonagy, Lecours und anderen (2008) replizieren? Außerdem soll überprüft werden, ob es einen Zusammenhang zwischen der allgemeinen psychischen und körperlichen Belastung sowie der Schwere dieser Beeinträchtigung (*gemessen mit der SCL-90-R*) und der Mentalisierung verschiedener Emotionen nach *GEVA* und *MICA* gibt. Die Ergebnisse sollen Anhaltspunkte dazu liefern, welche Emotionen von besonderer klinischer Relevanz sind.

Ein intersubjektives analytisches Verständnis von Therapieprozessen bezieht neben dem *Patienten* immer auch den *Therapeuten* und das *Zusammenspiel von Patient und Therapeut* mit ein. Im qualitativen Teil dieser Arbeit sollen daher ein nach *MICA*- und *GEVA* „erfolgreicher“ sowie ein „eher weniger erfolgreicher“ Therapieverlauf gegenübergestellt werden, um das *Zusammenspiel der Patient-Therapeut-Dyade* hinsichtlich der *Affektmentalisation* zu untersuchen. Ziel ist es, konkrete Wirkmechanismen aufzufindig zu machen: Was regt die *Affektmentalisation* beim Patienten an? In verschiedenen Theorien wurden hierfür verschiedene und sich teilweise widersprechende Empfehlungen ausgesprochen: Ist ein supportives oder ein konfrontatives Vorgehen hilfreich? „*Containen*“ Therapeuten in erfolgreichen Therapien die Affekte ihrer Patienten und verhelfen ihnen so zu einer besseren Mentalisierung? Neutralisieren sie aversive Emotionen oder fügen sie dem Erleben andere Emotionen hinzu? Schwingen sie mit den Patienten im Gleichklang oder ist die Darbietung einer alternativen, emotionalen Realität hilfreich? Eine qualitative Auswertung, die nahe am rohen Text vollzogen wird, soll hierfür Informationen liefern. Abschließend sollen Hypothesen und Empfehlungen für die Alltagspraxis aufgestellt werden: Welche affektbezogenen therapeutischen Vorgehensweisen könnten die *Emotionsmentalisation* beim Patienten anregen?

Der Diskussionsteil greift diese Ergebnisse auf und interpretiert sie. Zudem sollen alle Erkenntnisse der Auswertung dazu genutzt werden, die Anwendung von *GEVA* und *MICA* auf deutsche Texte kritisch zu würdigen, den Einsatzbereich der Instrumente zu definieren und Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten

3. Methodisches Vorgehen

Der Methodenteil dieser Arbeit stellt zunächst das *Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt (MBWP)* vor, in dessen Rahmen die vorliegende Dissertation erstellt wurde. Aus der Stichprobe des *MBWP* wurden fünf Patienten untersucht, auf die Abschnitt 3.2 gesondert eingeht. Anschließend werden die zur Veränderungsbeschreibung eingesetzten Instrumente *GEVA* und *MICA* detailliert beschrieben. In der vorliegenden Studie wurden neben den transkribierten Therapiestunden zu verschiedenen Messzeitpunkten auch *Adult Attachment Interviews* ausgewertet. Das *Adult Attachment Interview* sowie die darauf basierende *Reflexive Funktionsskala*, mit deren Werten ausgewählte *GEVA*- und *MICA*-Ratings korreliert wurden, werden in Abschnitt 3.3.1 ebenfalls kurz vorgestellt. Es werden zudem zwei globale Kennwerte der *Symptomcheckliste bei psychischen Störungen (SCL-90-R)* mit ausgewählten Werten der *GEVA* und *MICA* verglichen, um einen möglichen Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung und verschiedenen mentalisierter Affekte zu untersuchen. Abschließend wird der Untersuchungsplan bestehend aus Messzeitpunkten, den eingesetzten Instrumenten und den untersuchten Patienten präsentiert.

3.1 Das Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt

Das Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt (*MBWP*) wurde unter der Leitung von Prof. Dr. Mertens und Prof. Dr. Hörz-Sagstetter sowie in anfänglicher Zusammenarbeit mit Dipl.-Psych. T. Bihler von 2002 bis 2013 am Department Psychologie der *Ludwig-Maximilians-Universität München* durchgeführt. Finanziell gefördert wurde es durch die Köhler-Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft. Im Rahmen des Projekts wurden in einer naturalistischen Studie mit quasiexperimentellem Design 21 ambulante Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen untersucht. Der Fokus des *MBWP* lag auf der Erforschung von mikroprozessualen und interaktionellen Prozessen im Therapieschehen, was durch die Anwendung verschiedener Instrumente wie etwa der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD), der Heidelberger Umstrukturierungsskala, der Plananalyse (PA), der Reflexiven Funktionsskala (RF), der California Psychotherapy Alliance Scale und in der vorliegenden Arbeit durch die *GEVA* und *MICA* ermöglicht werden soll. Ein Anliegen im *MBWP* war es, den Therapieprozess multiperspektivisch zu betrachten, das heißt, es wurden in verschiedenen Arbeiten sowohl die strukturellen Veränderungen des jeweiligen Patienten als auch die therapeutische Dyade im Verlauf einer Therapie betrachtet (Minow, 2015; Barten-Hohn, 2019). Für die 21 untersuchten

Patienten wurden zu mehreren Messzeitpunkten (zu Beginn der Therapie, etwa um die 80., 160., 240. und in wenigen Fällen auch um die 300. Stunde) Tonbandaufnahmen von zwei oder drei aufeinanderfolgenden Therapiesitzungen angefertigt und anschließend transkribiert. Ein abschließendes Interview sowie die Durchführung eines *Adult Attachment Interviews* erfolgte nach einem katamnestischen Zeitraum von durchschnittlich 1,7 Jahren.

Das *Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt* zählt mit seinem prospektiven Outcome- und Prozessforschungsdesign zur vierten Generation in der Geschichte der Psychotherapieforschung und ermöglicht Annäherungen an die Beantwortung der klinisch höchst relevanten Fragestellung „Was passiert in Psychotherapien?“.

Die in Abschnitt 2.4 vorgestellten Kriterien für naturalistische Studien mit einem hohem Evidenzgrad von Leichenring und Rüger (2004) wie ein prospektives Design, klinische Repräsentativität, klare Beschreibung von Patienten und Behandlungen, reliable und valide diagnostische Prozeduren und Erfolgsmaße, Prä-, Post- und Follow-up-Erhebungen sind im *MBWP* in hohem Maße erfüllt.

3.2 Stichprobe der vorliegenden Arbeit

Für die hier vorgestellte Studie wurden die Daten von fünf Patienten ausgewertet. Für die qualitative Auswertung wurden von diesen fünf Patienten wiederum zwei Therapeut-Patientenpaare ausgewählt, die gesondert betrachtet werden. Die fünf untersuchten Patienten entstammen der Stichprobe des *MBWP*. Sie alle hatten sich mit dem Wunsch nach psychotherapeutischer Unterstützung an die Ambulanz der *Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München (e.V.)* gewandt. Nach einem ersten Beratungsgespräch wurden sie an Therapeuten überwiesen, die sich zuvor für eine Teilnahme am *MBWP* bereit erklärt hatten. Die zwölf weiblichen und fünf männlichen Therapeuten verfügten über eine fünf- bis zehnjährige Berufserfahrung und hatten ihre Ausbildung an der *Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V.* absolviert. Sie erhielten keine Informationen zu den Fragestellungen der Studie. Die Patienten gaben ebenfalls eine freiwillige Einwilligung zur Teilnahme an der Studie ab und erhielten keine Vergütung. Aufgrund des favorisierten naturalistischen Untersuchungsdesign wurden sowohl auf eine krankheitsspezifische Stichprobe als auch auf eine unbehandelte Kontrollgruppe verzichtet. Es wurde vielmehr davon ausgegangen, dass gerade eine Patientenpopulation mit gemischtem Störungsbildern die externe Validität der Studienergebnisse erhöht. Nach den probatorischen Sitzungen erfolgte eine Eingangsdiagnostik, bei der durchschnittlich zwei komorbide Achse I-Störungen (nach *DSM-4*) vergeben wurden. Von den insgesamt 21 Teilnehmern brachen vier Patienten die Therapie vorzeitig ab. Aus den verbleibenden 17 Verläufen wurden für die vorliegende Arbeit 4 Patienten zufällig ausgewählt. Es wurde zudem eine Patientin gewählt, die zu

Stunde 216 die (auf 240 Stunden angelegte) Therapie vorzeitig abgebrochen hatte. Die Wahl fiel dabei bewusst auf die vorliegende Patientin, da trotz Abbruch mehrere Messzeitpunkte vorlagen.

Insgesamt waren drei der hier untersuchten Patienten weiblich und zu Therapiebeginn 23, 38 und 43 Jahre alt. Die beiden männlichen Patienten waren 30 und 31 Jahre alt. Der höchste Bildungsabschluss lag einmal bei mittlerer Reife, zwei Mal bei Abitur und zwei Patienten hatten einen Universitätsabschluss. Die untersuchten Therapien dauerten zwischen 2,5 und 6,2 Jahren und waren in der Regel 3-stündig. Alle Patienten waren zu Therapiebeginn ledig und hatten keine Kinder. Drei Patienten litten an einer Persönlichkeitsstörung, davon wiesen zwei eine *vermeidend-unsichere* und eine Person eine *narzisstische Persönlichkeitsstörung* auf. Zwei Patienten hatten nur eine Diagnose (einmal *Depression*, einmal *narzisstische Persönlichkeitsstörung*), die anderen drei Patienten hatten bis zu vier Diagnosen: *Soziale Phobie*, *Panikstörung*, *Bulimia Nervosa*, *Major Depression*, *Somatisierungsstörung*, *Dysthymie*, *Masochismus* sowie eine *Störung der Geschlechtsidentität*. Die Therapeuten der weiblichen Patienten waren ebenfalls weiblich und die zwei männlichen Patienten wurden von männlichen Therapeuten behandelt.

3.3 Die Forschungsinstrumente

Der folgende Abschnitt stellt die verwendeten Forschungsinstrumente vor. Die *GEVA* und die *MICA* stehen im Zentrum dieser Arbeit, weshalb vertieft auf sie eingegangen wird. Das konkrete Arbeiten mit den im deutschsprachigen Raum bislang wenig rezipierten Instrumenten soll an verschiedenen Beispielen aufgezeigt werden. Diese detaillierte Darstellung soll es dem Leser ermöglichen, einen Einstieg in die aufwendige Auswertung zu erlangen, auch um die Kritik und die Verbesserungsvorschläge an der Methode in Abschnitt 5.4 besser nachvollziehen zu können. Das *AAI* und die *RF-Skala* sowie die *Symptom Checkliste SCL-90-R* spielen in der vorliegenden Arbeit eine untergeordnete Rolle und werden daher etwas verkürzter eingangs vorgestellt.

3.3.1 Das Adult Attachment Interview und die Reflexive Funktionsskala

Das *Adult Attachment Interview (AAI)* ist ein semistrukturiertes Interview, das seit den 80er Jahren dazu genutzt wird, um retrospektiv Bindungserfahrungen zu erfassen und den Bindungsstatus im Erwachsenenalter einzuschätzen (Main & Goldwyn, 1998). Durch die in ihrer Reihenfolge festgelegten, teils für den Befragten überraschenden und zum Erinnern und Nachdenken anregenden Fragen werden darin hauptsächlich Gefühle und Informationen zu Kindheitserinnerungen erhoben. Dabei wird zunächst nach der früheren familiären Situation gefragt sowie dazu aufgefordert, mit Adjektiven die Beziehung zu Vater und Mutter zu beschreiben. Anschließende Fragen zielen auf schwierige Situationen oder herausfordernde Erfahrungen ab (z.B.: Trennungen oder andere Verlusterfahrungen).

Die *Reflexive Funktionsskala* (auch *RFS* oder *RF-Skala*) basiert auf dem *Adult Attachment Interview* und wurde von Fonagy, Target und Steele (1998) entwickelt, um die Mentalisierungsfähigkeit zu messen. Die *RF-Skala* ist ein manualisiertes semiquantitatives Instrument. Von den 23 Fragen des *AAIs* kann alles Gesagte zur Einschätzung der Mentalisierungsfähigkeit herangezogen werden, wobei neun herausfordernde Fragen, die zum expliziten Nachdenken anregen (*demand-Fragen*), wie zum Beispiel: „Hat sich die Beziehung zu Ihren Eltern seit der Kindheit verändert?“, zur Einschätzung der *reflexiven Funktion* verwendet werden müssen. Dabei richtet sich die Einschätzung des Mentalisierungsniveaus weniger auf den Inhalt des Gesagten, also auch nicht auf Emotionswörter oder auf psychologische Fachbegriffe, sondern eher auf den Prozess der Gedanken: Gelingt es dem Antwortenden, relevante und klare Informationen zu geben? Ist das Gesagte kohärent? Gibt es ein Bewusstsein über die Beschaffenheit mentaler Zustände? Kann die geschilderte Bindungserfahrung emotional wie kognitiv angemessen geschildert werden? Sieht die Person sich selbst sowie wichtige Bindungspersonen als mentalisierende Personen an, die (voneinander abweichende) Emotionen, Absichten und Wünsche haben bzw. hatten?

Die Bewertung der Fähigkeit erfolgt auf einer elfstufigen Skala für jede Einzelfrage, die abschließend zu einem Gesamtscore zusammengefasst wird. Eine negative Wertung (-1) wird für antireflexive, inhaltlich unangemessene Antworten vergeben. Der Wertebereich 0-3 entspricht klischeehaften, stark verallgemeinernden Aussagen oder hypermentalisierten Aussagen. Bei Letzteren handelt es sich um ausführliche, oft psychologisierende, aber wenig spürbare Antworten (Bolm, 2009). Finden sich in den Aussagen qualitative Merkmale von Mentalisierung, auch wenn diese nicht sonderlich differenziert sind, wird die Wertung 5 vergeben. Der Wert 5 fungiert auch als Cut-Off-Wert: Er teilt die Mentalisierungsfähigkeit in die Bereiche negativ/niedrig (-1 bis 4) und durchschnittlich/hoch (5-9) ein. Für die Werte bis 9 nimmt die Fähigkeit, ambivalente Emotionen auszudrücken, zugrundeliegende Intentionen anderer zu erfassen und zu reflektieren, stetig zu. Der Wert 9 gipfelt in einer ausgeprägten Mentalisierungsfähigkeit, bei der eine Person die Perspektiven und Gefühle aller am Geschehen beteiligten anderen berücksichtigt und ausdrückt (Fonagy et. al., 1998). Die Gütekriterien der Reflexiven Funktionsskala wurden in verschiedenen Studien als gut eingestuft (Bolm, 2009; Daudert, 2002).

In der vorliegenden Arbeit wurden die *AAIs* zu 3 Messzeitpunkten durchgeführt und anschließend mit der *GEVA* und *MICA* ausgewertet. Diese Auswertung erfüllt zweierlei Funktionen:

Zum einen werden im Rahmen dieser Arbeit die Werte der *Reflexive Funktionsskala* mit ausgewählten Werten der *GEVA*-und *MICA* korreliert. Ziel ist es, zu überprüfen, inwieweit in der vorliegenden

Stichprobe ein Zusammenhang zwischen dem „britischen“ Mentalisierungsmaß *RFS* und dem „französischen“ Mentalisierungsmaß *GEVA/MICA* besteht und ob die Ergebnisse der Korrelationsstudie von Bouchard, Target, Fonagy, Lecours und Kollegen (2008) repliziert werden können.

Zum anderen soll die Auswertung der *AAIs* zu Therapiebeginn, während der Therapie und katamnestisch dazu verwendet werden, die emotionale Entwicklung in den *AAIs* mit dem emotionalen Verlauf in der Therapie der Patienten abzugleichen. Deckt sich die Entwicklung der Emotionsmentalierung in den *AAIs* mit den Entwicklungen in den Therapiestunden? Anders als in den thematisch freien Therapiestunden fragt das *AAI* nach den immer gleichen, spezifischen emotionalen Erfahrungen. Die Anwendbarkeit und der potentielle Mehrwert einer Auswertung der *AAIs* mit *GEVA* und *MICA* wird daher diskutiert, auch um Rückschlüsse zu generieren, bei welcher Art von Texten eine Auswertung mit *GEVA* und *MICA* sinnvoll sein könnte (Abschnitt 5.1).

3.3.2 Die *SCL-90-R* - Symptomcheckliste bei psychischen Störungen

Bei der Symptom-Checkliste von Derogatis, der *SCL-90-R*, handelt es sich um einen Fragebogen, der misst, wie sehr ein Patient unter seinen körperlichen und psychischen Symptomen leidet (Franke, 2002). Erfasst werden sowohl körperliche als auch psychische Symptome. Dazu kann der Patient seine Beschwerden für 90 verschiedene Items innerhalb der letzten 7 Tage anhand einer 5-stufigen Likertskala bewerten. Die *SCL-90-R* enthält folgende 9 Skalen (Skala 1: Somatisierung, Skala 2: Zwanghaftigkeit, Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt, Skala 4: Depressivität, Skala 5: Ängstlichkeit, Skala 6: Aggressivität, Skala 7: Phobische Angst, Skala 8: Paranoides Denken und Skala 9: Psychotizismus). Aus den 90 Items lassen sich zusätzlich drei globale Kennwerte ableiten: Der *Global Severity Index*, kurz *GSI* erfasst die durchschnittliche psychische Belastung auf 90 Items. Der *Positive Symptom Distress Index (PSDI)* bezieht sich auf die Schwere der Beeinträchtigung bei den Items, bei denen eine psychische Belastung vorliegt und der *Positive Symptom Total (PST)* erfasst die Anzahl aller Items, bei denen psychische Beschwerden vorliegen. Die *SCL-90-R* ist weltweit der am häufigsten verwendete Fragebogen, um psychische Probleme zu erfassen und verfügt über eine hohe Objektivität, Reliabilität und Validität (Domino & Domino, 2006).

Zwei der drei globalen Kennwerte werden für diese Studie mit ausgewählten Werten der *GEVA* und *MICA* korreliert (T-Werte des *GSI* und der *PSDI*). Es soll überprüft werden, ob die Mentalisierung verschiedener, klinisch bedeutsamer Emotionen nach *GEVA* und *MICA* in einem Zusammenhang mit der psychischen Belastung und die Schwere der Beeinträchtigung stehen. Die Ergebnisse können erste Anhaltspunkte dafür liefern, welche Emotionen das psychische Wohlbefinden besonders einschränken und auf welche Emotionen daher ein Fokus in Therapien gelegt werden sollte. Einzelne *GSI*- und *PSDI*-

Werte werden zudem für jeden einzelnen Patienten in der Diskussion aufgegriffen, um neben den *Affektmentalisierungswerten* ein etabliertes Maß für die Einschätzung der psychischen Belastung und die Schwere der Beeinträchtigung zum jeweiligen Messzeitpunkt zu haben. In einer früheren GEVA-Studie von Beretta et al. (2016) konnte bereits gezeigt werden, dass eine verbesserte *explizite Mentalisierung (weniger Level 1 und Level 2)* und eine verminderte Häufigkeit *negativer Emotionsverbalisierungen* mit einem besseren Therapieoutcome nach der *SCL-90-R* assoziiert war.

3.3.3 Das GEVA-Manual

Das Manual zur *Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect* wurde erstmals 1991 von Serge Lecours veröffentlicht und liegt mittlerweile in seiner siebten, überarbeiteten Version (2013) vor. Das aktuelle Manual enthält sowohl englische als auch französische Textabschnitte. Es gibt eine unveröffentlichte, deutsche Übersetzung einer früheren Version des GEVA-Manuals von Birgit Schneider (2002, 5. Version der *GEVA*). Für die aktuelle Version liegt bislang keine deutsche Übersetzung vor.

Die *GEVA* ist ein Auswertungsverfahren, das verbale Affektäußerungen in Texten erfasst. Sie kann auf jedes Schriftstück angewendet werden. Die Auswertung erfolgt in Stufen. Zunächst werden affektive Äußerungen segmentiert, also aus dem Text extrahiert. Anschließend werden diese affektiven Äußerungen einzeln hinsichtlich ihrer „Mentalisiertheit“ eingestuft.

Das GEVA-Manual besteht aus drei Abschnitten, die nun in der Reihenfolge des Manuals vorgestellt werden sollen. Im ersten Teil des Manuals wird das theoretische Modell der *GEVA* beschrieben. Da die Theorie zur *GEVA* in dieser Arbeit bereits an anderer Stelle ausführlich dargestellt wurde (siehe Abschnitt 2.1.2) wird hier lediglich noch einmal das Raster visualisiert und an Beispielen aufgezeigt, wie der Mentalisierungswert für einzelne Äußerungen berechnet wird. Der zweite Teil des *GEVA*-Manuals setzt zeitlich gesehen am Anfang des Auswertungsprozesses an und enthält Regeln zur Identifizierung affektiver Einheiten. Vorgaben zum Rating, also zur Bewertung dieser affektiven Einheiten und Entscheidungshilfen werden im dritten Abschnitt erläutert.

Theoretisches Modell der GEVA und Weighted Score

Abbildung 2 zeigt die beiden GEVA-Achsen: Die Modalitäts- bzw. Ausdrucks- oder Kanal-Achse als y-Achse sowie die Containment- bzw. Level-Achse als x-Achse. Der Pfeil deutet an, wie ein gewichteter Wert für eine Emotion oder eine Emotionsgruppe berechnet wird.

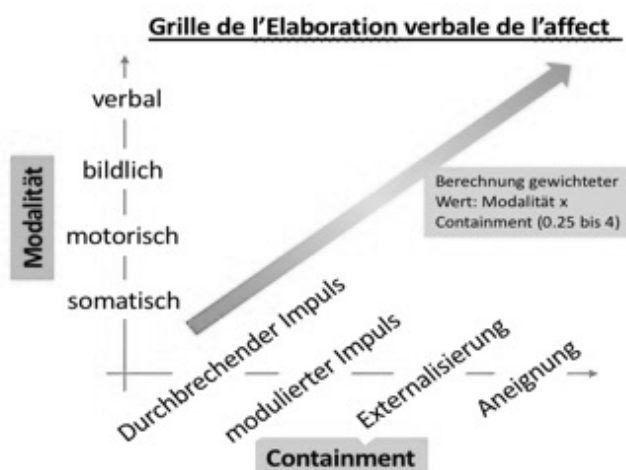


Abbildung 2: Visualisierung des Weighted Scores im Raster der GEVA

In der Grafik fehlt die in der Theorie beschriebene fünfte Stufe der Bedeutungsassoziation auf der Containmentachse. (X-Achse). Diese wurde -der Empfehlung Serge Lecours (2015) folgend und analog zu seinem eigenen Vorgehen- für die Auswertung nicht berücksichtigt.

Im Ratingprozess wird jede emotionale Aussage hinsichtlich ihrer Modalität und ihres Containments eingestuft. Der *Weighted Score*, der das Ausmaß der Mentalisierung angibt, kann durch die Multiplikation aus Modalität x Containment berechnet werden. Dabei werden in 0.25-Schritten dem *Containment* Werte von 0.25 bis 1.0 zugeordnet (durchbrechender Impuls: 0.25, modulierter Impuls: 0.5, Externalisierung: 0.75, Aneignung: 1.0). Die *Modalität* wird in Werten von 1 bis 4 beziffert (Somatisch: 1, Motorisch: 2, Bildlich: 3, Verbal: 4). Für jede affektive Äußerung erhält man also einen Wert zwischen 0.25 und 4. Dies soll an einem Beispiel dargestellt werden, bei dem drei Mal ein Ausdruck von *Ärger (gegen Andere)* aus einem fiktiven Textstück extrahiert wurde.

„Ich habe ihn so angebrüllt! Mein Herz hat so gehämmert! Wirklich, da sehe ich rot!“

In der folgenden Tabelle wird die Einstufung der einzelnen Aussagen und die Berechnung der einzelnen gewichteten Werte gezeigt. Der *Gesamt-Weighted Score* für *Ärger (gegen Andere)* entsteht anschließend aus dem Mittelwert der einzelnen gewichteten Werte (letzte Zeile der Tabelle).

<i>Affektive Einheit</i>	Emotion, Kanal, Level	Erläuterung zum Rating	Gewichteter Wert
<u>angebrüllt</u>	Ärger, Motorisch, Modulierter Impuls	Da der konkrete Inhalt des Gesagten unklar ist (wir wissen nicht, WAS gebrüllt wurde), wird der motorische Kanal geratet.	Motorisch x Modulierter Impuls $2 \times 0,5 = 1$
<u>Herz hat so gehämmert</u>	Ärger (durch Kontext ersichtlich), Somatisch, Modulierter Impuls	Der Ausdruck eines „hämmernden“ Herzens ist zwar auch metaphorisch, er beschreibt dennoch vor allem einen körperlichen Vorgang (somatischer Kanal).	Somatisch x Modulierter Impuls $1 \times 0,5 = 0,5$
<u>sehe ich rot</u>	Ärger, Imaginativ, Aneignung	Beschreibung eines inneren Erlebens mit einem gängigen Bild.	Imagination x Aneignung $3 \times 1 = 3$
Gesamt-Weighted Score (Ärger gegen andere) Mittelwert aus allen Einzelwerten für die Emotion Ärger			$(1 + 0,5 + 3) : 3 = 1,5$

Tabelle 1: Beispielhafte Berechnung des Weighted Scores für die Emotion Ärger gegen andere

In Abschnitt 2.1.2 wurde bereits beschrieben, dass die Containmentstufe der *Externalisierung* durch eine Regression des vierten Containmentslevels der *Aneignung* entsteht. Bei der Auswertung wird diese Stufe durch die Vergabe der Zusatzkodierungen „c“, „g“, und „p“ erreicht. Neben diesen obligatorischen Zusatzkodierungen schlägt das Manual viele weitere Zusatzkodierungen vor, die je nach Forschungsfrage verwendet werden können. Beispielsweise ist es möglich, eine Wertung für Träume zu vergeben oder Phantasien extra zu kennzeichnen. Für die vorliegende Auswertung wurden folgende Zusatzkodierungen verwendet:

Zusatzkodierung	Name	Beispiel
a	Anderer	Affekt, der einer anderen Person zugeschrieben wird. Dazu ist im Ratingprozess die Frage zu stellen: Wessen Affekt ist es? Wem „gehört“ der Affekt? Bsp.: „ <u>Sie</u> liebt mich.“

Zusatzkodierungen, die das Containment-Level 4 (Aneignung) auf Level 3 (Externalisierung) herabstufen:		
c	Äußere Ursache	Die Ursache des Gefühls wird klar im Außen angesehen: „Deine Art und Weise zu sprechen <u>macht mich</u> ganz traurig!“
g	Generalisierung	Das Gefühl wird verallgemeinert: „ <u>Alle Frauen</u> wären da traurig.“
p	Pronominalform	Das Gefühl wird nicht direkt benannt. „Und dann habe ich <u>es</u> schon wieder so erlebt...“ (die Traurigkeit)

Tabelle 2: Tabellarische Darstellung der verwendeten Zusatzkodierungen

Nach diesen inhaltlichen Spezifikationen zur GEVA-Auswertung muss innerlich ein Schritt zurück gegangen werden. Die folgenden Abschnitte fassen die Teile zwei und drei des GEVA-Manuals zusammen. Beschrieben wird der dem Rating vorangehende Prozess der Segmentierung, also dem Finden emotionaler Einheiten. Im Anschluss wird auf den dritten Teil des Manuals eingegangen, der Entscheidungshilfen und die Erläuterungen zum Rating der emotionalen Einheiten enthält.

Regeln zur Identifizierung affektiver Einheiten (Segmentierung)

Die Regeln zur Segmentierung werden an dieser Stelle direkt in englischer Sprache aus dem Manual zitiert. Zugleich wird an einem fiktiven Textabschnitt gezeigt, wie diese Regeln anzuwenden sind. Stellen wir uns eine Therapiestunde vor, in der eine Frau aufgewühlt über ihre schwierige Ehe spricht:

„Was soll ich denn bloß tun mit der Beziehung? Ich verstehe meinen Ehemann einfach nicht. Manchmal ist er nett, aber manchmal ist er irre. Morgen gibt es eine finale Aussprache!“

Regel 1 “Read the transcript well immersed in the participant’s experience while keeping an “informed eye”, that is while keeping the GEVA model in mind. Isolate all potential AU [AU steht für den Ausdruck „affective unit“, zu deutsch: affektive Einheit, Anmerkung der Verfasserin].“ (Lecours, 2013, S. 8)

Zur Identifizierung der affektiven Einheiten wird der Text zunächst freischwebend und achtsam gelesen. In diesem Zusammenhang werden im Text alle potentiellen affektiven Einheiten erfasst. Alles, was nach Gefühl klingt wird markiert Dabei rät Lecours (2013), das Raster der GEVA zwar im Kopf zu behalten, dennoch ist dieser erste Schritt recht subjektiv. In meinem Rating markiere ich zunächst vier Abschnitte und erhalte folgendes Ergebnis:

„Was soll ich denn bloß tun mit der Beziehung? Ich verstehe meinen Ehemann einfach nicht. Manchmal ist er nett, aber manchmal ist er irre. Morgen gibt es eine finale Aussprache!“

Regel 2 When unsure, attempt to identify the affect, “translate” the expression. (Lecours, 2013, S. 8)

Im ersten Lesedurchgang empfand ich vier Äußerungen als emotional. In einem weiteren Lesedurchgang wird nun festgelegt, welche der markierten Äußerungen tatsächlich eine affektive Einheit im Sinne der GEVA darstellen. Um eine ausreichend hohe Interrater-Übereinstimmung zu erhalten schlägt Lecours (2013) vor, sich einerseits an eine strenge Definition des Affekts zu halten (siehe Kapitel 2.2) und andererseits die Interpretationstiefe einzugrenzen. Um einen Affekt zu extrahieren, muss ein manifestes Anzeichen, ein Anker, dafür zu sehen sein. Wenn unklar ist, ob sich die Worte tatsächlich auf ein affektives Geschehen beziehen, sollte man versuchen, eine „Übersetzung“ für den Ausdruck zu finden. Beim ersten Lesen empfand ich den Eingangssatz: *„Was soll ich denn bloß tun mit der Beziehung?“* als affektiv, denn ich meinte darin eine gewisse Verzweiflung zu spüren. Übersetze ich den Satz lautet er: Die Person weiß nicht, wie sie sich entscheiden soll. Es geht also um die (momentane) Unfähigkeit, eine Entscheidung zu treffen. Diese könnte zwar Verzweiflung oder auch Wut oder Angst auslösen, doch letztlich weiß ich nicht, um welche Gefühle es sich handelt oder ob Gefühle vorliegen. Ich finde auch keinen „Anker“ für meine erspürte Emotion. Der Satz wird daher für die Auswertung ausgeschlossen. Es handelt sich um keine affektive Einheit im Sinne der GEVA.

Regel 3 Use a minimal level of inference (see rule of “not necessarily”). (Lecours, 2013, S. 8)

Bei affektiven Wörtern wie zum Beispiel „mein Ehemann“ im Beziehungskontext kommt nun die dritte Regel „not necessarily“ (Lecours, 2013, S. 9) zum Tragen, zu deutsch: nicht zwangsläufig. Bei unklaren Formulierungen sollte man sich also fragen: Bedeutet das Wort „mein Ehemann“ zwangsläufig, dass die sprechende Person positive Gefühle für „ihren Mann“ hegt? Lecours (2013) schlägt vor, nur ein Minimum an Empathie beim Segmentierungsprozess zuzulassen. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass die meisten Ehen hierzulande aus Liebe geschlossen werden, kann es sich bei der Bezeichnung „mein Ehemann“ um eine bloße Klarifizierung handeln, wie die Personen zueinander stehen (sie haben irgendwann einmal geheiratet). An dieser Stelle würde keine Liebe geratet werden. Anders würde die Bezeichnung „mein Geliebter“ eingestuft werden. Hier befindet sich die Emotion „Liebe“ im Wort selbst. Der Ausdruck „mein Ehemann“ wird folglich nicht als affektive Einheit betrachtet.

Die Regeln vier bis sechs lauten:

Regel 4 Break up the AU if it contains more than one affect. Each AU must contain only one affect.

Regel 5: Adjust the unit’s length so that it is as short as possible while being composed of a complete grammatical clause (subject-predicate).

Regel 6: Underline important elements of the text, inside and outside the AU, in order to facilitate the scoring. (Lecours, 2013, S. 8)

Die Regeln vier, fünf und sechs beziehen sich auf die Form einer affektiven Einheit. Eine affektive Einheit darf immer nur einen Affekt enthalten und sollte im Idealfall aus einer Subjekt-Prädikat-Verbindung bestehen. Teilweise müssen, um die Verständlichkeit zu gewährleisten, im Text wichtige Elemente unterstrichen werden, die sich nicht in der affektiven Einheit selbst befinden. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn auf ein zuvor geäußertes Gefühl (Bsp.: *Manchmal ist er nett.*) an anderer Stelle Bezug genommen wird, ohne die Emotion erneut zu benennen (Bsp.: *„Dann war er wieder so zu mir.“*; gemeint ist: Er war wieder nett. Auch das Pronomen *„so“* wird als Emotion gewertet).

Am Schluss von diesem Auswertungsschritt bleiben die beiden folgenden, affektiven Einheiten:

*„Was soll ich denn bloß tun mit der Beziehung? Ich verstehe meinen Ehemann einfach nicht.
[Manchmal ist er nett], aber [manchmal ist er irre]. Morgen gibt es eine finale Aussprache!*

Die affektiven Einheiten werden mit einer eckigen Klammer gekennzeichnet und der emotionale Ausdruck unterstrichen. Nachdem alle emotionalen Einheiten in einem Textstück extrahiert wurden, folgt das Rating dieser Einheiten.

Rating und Entscheidungshilfen

Im dritten Schritt werden die extrahierten affektiven Einheiten hinsichtlich ihres Containments und ihrer Modalität eingestuft. Dabei kommt für jede affektive Einheit zunächst folgender Entscheidungsbaum zum Einsatz (Abbildung 3):

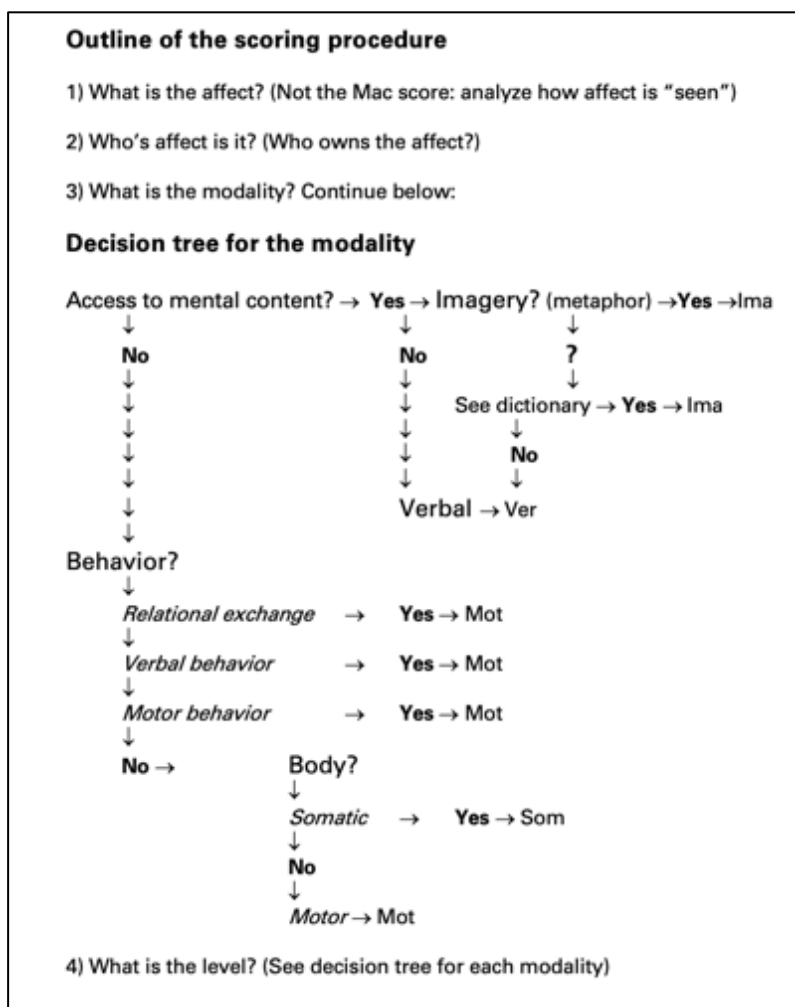


Abbildung 3: Entscheidungsbaum für die Kanalbestimmung nach der GEVA (aus: Lecours, 2013, S. 18)

Die Anwendung des Baumes wird nun an beiden affektiven Einheiten illustriert. Englische Begriffe werden dabei ins Deutsche übersetzt. Beginnen wir mit der ersten affektiven Einheit:

[*Manchmal ist er nett*]

1. What is the affect? (Not the MAC-Score: analyze how the affect is "seen") - Was ist der Affekt? (damit ist nicht der MICA-Score gemeint, dieser folgt erst nach der GEVA-Auswertung)

Der Affekt ist ein positives Gefühl.

2. Who's affect is it? (Who owns the affect?) - Wem gehört der Affekt?

Diese Frage ist schwer zu beantworten. Wird hier ein subjektives Empfinden der Frau beschrieben, die ihren Partner mag, oder wird eine Emotion des Partners gegenüber der Frau ausgedrückt, zu der er „nett“ ist? Beide Varianten erscheinen stimmig. Nun muss also entschieden werden, welches Gefühl mehr im Text verankert ist. Lecours (2013) gibt an dieser Stelle vor, sich an das Wort selbst zu halten: „Nett sein“ besteht bei genauerem Überlegen immer aus Handlungen, denn: Kann jemand „nett sein“

ohne seinen Körper zu verwenden? Vermutlich bezeichnen wir jemanden als „nett“, wenn sich dieser sich uns gegenüber freundlich verhält, zum Beispiel indem er gut zuhört, hilft, lächelt, in einem angenehmen Tonfall mit uns spricht usw. Wenn „nett sein“ damit mehrere freundliche Handlungen in einem Adjektiv bündelt, gehört dieses Gefühl zum Partner der Frau, der diese Handlungen ausführt. Er ist nett, und sein „nett sein“ ist ein Ausdruck seiner positiven Gefühle für seine Partnerin. Der Affekt gehört also dem Partner und enthält so die Zusatzkodierung „a“ (für autre, französisch für anderer).

3. What is the modality? - Was ist der Kanal?

Diese Frage wurde letztlich schon vorab beantwortet. Folgen wir dennoch dem Entscheidungsbaum.

Handelt es sich beim nett sein um einen gedanklichen Inhalt (mental content)? Nein, wir haben bereits festgestellt, dass der Körper beim „Nettsein“ notwendig ist. Wir folgen dem Pfeil zum „**Verhalten**“ (**Behavior**). **Ist es ein zwischenmenschlicher Austausch (relational exchange)?** Ja! Der Kanal ist demnach motorisch. An dieser Stelle wird zu dem motorischen Entscheidungsbaum gewechselt, der in Abbildung 4 gezeigt wird.

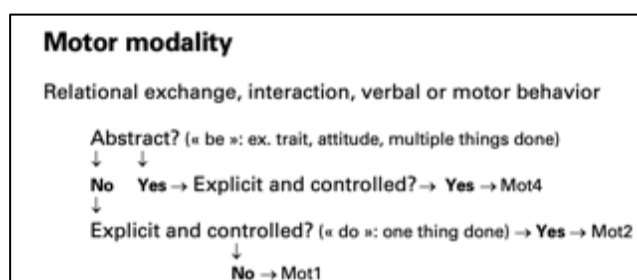


Abbildung 4: Entscheidungsbaum für die Levelbestimmung im motorischen Kanal nach der GEVA (aus: Lecours, 2013, S. 21)

Der motorische Baum bezieht sich auf **zwischenmenschlichen Austausch, Interaktionen, verbales oder motorisches Verhalten**. Hier kann noch einmal gegengecheckt werden: Ja, „nett sein“ ist ein zwischenmenschlicher Austausch. Ist der Ausdruck abstrakt (**Abstract?**)? Ja, denn er ist fast eine **Art des Seins („be“)**, eine **Eigenschaft („trait“)**. Wir wissen nicht, welche konkreten Handlungen der Partner vollzieht. Es handelt sich um die Zusammenfassung mehrerer Handlungen, die eine fast psychische Qualität bekommen haben. Das *Containment-Level* ist also das *vierte Niveau*. Die GEVA Kodierung lautet also *motorischer Kanal auf Level 4, kurz: Mot4*.

Die zweite affektive Einheit lautete:

[*manchmal ist er irre*].

Wir beginnen erneut mit dem in Abbildung 3 gezeigtem Entscheidungsbaum.

1. Was ist der Affekt?

Der Affekt ist ein negatives Gefühl.

2. Wem gehört der Affekt?

„Er ist irre.“ Handelt es sich beim „Irresein“ um eine Emotion des Freundes gegenüber der Frau oder anders herum? Wie könnte das „Irresein“ aussehen? Verhält sich der Freund unvorhersehbar, launisch? Anders als beim „Nettsein“ ist es hier schwieriger, sich unter „Irresein“ konkrete Handlungen vorzustellen. Und selbst wenn ich davon ausgehe, dass „sich irre verhalten“ eine Emotion des Freundes ausdrückt, welche wäre das dann? Ich kann es anhand des Textes nicht erschließen. Es ist daher davon auszugehen, dass die Aussage „er ist irre“ eher ein Gefühl der Freundin ausdrückt, in dem sie ihren Partner negativ bewertet. Das Gefühl gehört also der Frau.

3. Was ist der Kanal?

Handelt es sich um einen gedanklichen Inhalt? Die Antwort wurde im vorherigen Schritt schon hergeleitet: Ja. Der GEVA-Entscheidungsbaum fragt als nächstes: **Handelt es sich um eine Metapher?** Das ist möglich. Vermutet wird, dass die sprechende Person mit dem Adjektiv „irre“ nicht auf veraltete Art und Weise ausdrückt, dass ihr Partner klinisch krank ist, unter einer Psychose leidet und sich in Behandlung befindet. Gemeint ist vermutlich eher, dass sein Verhalten auf sie merkwürdig und unvorhersehbar wirkt. Lecours (2013) schlägt vor bei Unsicherheiten in Bezug auf die metaphorische Verwendung von Wörtern ein Wörterbuch zu Rate zu ziehen. Befindet sich die gemeinte Bedeutung in der ersten oder zweiten Definition handelt es sich um keine Metapher im Sinne der GEVA. Der Duden formuliert zwei Bedeutungen für das Wort irre: „an einer Psychose leidend“ (Nein) und fügt hinzu „heute auch diskriminierender Gebrauch“ (Duden, 2020). Die zweite Bedeutung lautet „vom Üblichen abweichend ... merkwürdig“ (Duden, 2020). Da die (vermutlich) intendierte Verwendung des Wortes im Wörterbuch gleich zu Beginn beschrieben wird, handelt sich um keine Metapher. Wir befinden uns also im verbalen Kanal und wechseln zum verbalen Entscheidungsbaum.

Der verbale Entscheidungsbaum (**Verbal modality**, Abb. 5) gibt zwei Szenarien vor. Hier muss entschieden werden, in welchem Szenario wir uns befinden.

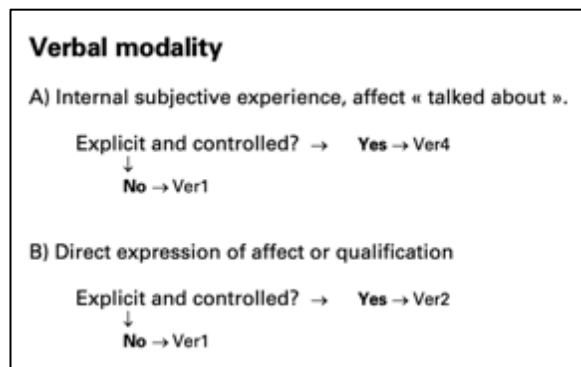


Abbildung 5: Entscheidungsbaum für die Levelbestimmung im verbalen Kanal nach der GEVA (aus: Lecours, 2013, S. 20)

Szenario A) Internes affektives Erlebnis, angesprochener Affekt?

Nein. Bei der Aussage „er ist irre“ handelt es sich um eine Art Bewertung; es wird nicht ein innerer Zustand um- oder beschrieben.

Weiter zu Szenario B, Direkter Ausdruck eines Affekts oder Benennung?

Ja. Unter Benennung versteht die GEVA auch eine Beurteilung, bei der der affektive Gehalt eines Ereignisses impulsiv und nicht-reflexiv durch einen mentalen Inhalt ausgedrückt wird (Lecours, 2013). Hier wird ein feindseliger Affekt direkt ausgesprochen, der eine kathartische Entladung zum Ziel haben könnte.

Erfolgt der Ausdruck explizit und kontrolliert? Ja.

Die GEVA Kodierung lautet also *Verbaler Kanal* auf *Level 2*, kurz: *Ver2*.

Am Ende erhalten wir also folgendes Rating:

*„Was soll ich denn bloß tun mit der Beziehung? Ich verstehe meinen Ehemann einfach nicht.
[Manchmal ist er nett (Mot,4,a)], aber [manchmal ist er irre (Ver,2)]. Morgen gibt es eine finale
Aussprache!*

Obwohl in der Darstellung des Ratingprozesses gerade deutlich wurde, dass für das GEVA Scoring auch Überlegungen zum zugrundeliegenden Gefühl gemacht werden müssen, erfasst die GEVA selbst streng genommen nur die Form des Diskurses, nicht seinen Inhalt. Dies wird auch im ersten GEVA-Entscheidungsbaum (Abbildung 3) deutlich, der schon in der ersten Zeile fordert „Not the MAC Score“ (Lecours, 2013, S. 18). MAC steht für die Abkürzung von „measure of affect content“, dem englischen Begriff für die MICA. Dieser Umstand wird im Diskussionsteil (Abschnitt 5.4) kritisch aufgegriffen. Um einzelne Affekte zu kodieren, zieht Lecours nach dem GEVA-Rating die MICA heran. Diese wird auf der kommenden Seite unter Abschnitt 3.3.4 vorgestellt.

Um Texte mit der GEVA und der MICA in eben dargestellter Form auswerten zu können, absolvierte die Verfasserin im März 2013 ein 40 stündiges Ratertraining bei Serge Lecours in Montreal. Das Training wurde anschließend per Mail fortgeführt und galt als abgeschlossen, nachdem drei Mal in Folge für einen mehrseitigen, englischen Text eine Interraterreliabilität von Cohens Kappa $\kappa > .65$ für die *Affektiven Einheiten* und die *GEVA-Scores* erreicht wurde. Die durchschnittliche Übereinstimmung zwischen Lecours und der Verfasserin lag gegen Ende für die *GEVA-Scores* für *Kanal* und *Level* bei jeweils Cohens Kappa $\kappa=.75$, für die *affektiven Einheiten* bei $\kappa=.78$. Generell spricht man ab einem Cohens Kappa κ zwischen .6 und .75 von einer guten Interrater-Reliabilität (Toutenburg & Heumann, 2009).

Auch in früheren Studien erzielten Rater nach absolviertem Training im Schnitt Interrater-Reliabilitäten zwischen $\kappa=.71$ und $.81$ für die *GEVA-Scores* sowie $\kappa=.69$ bis $.84$ für die affektiven Einheiten (Lecours, Sanlian & Bouchard, 1998; Lecours, Bouchard & St. Amand, 2000).

Lecours, Bouchard, St. Amand und Perry (2000) konnten zeigen, dass es keine Korrelationen innerhalb der *Level-* und der *Kanal-Achsen* gab, was für die Trennschärfe der skaleninternen Abstufungen spricht. Jedoch gibt es Zusammenhänge der *GEVA* mit anderen klinischen Maßen: So fanden Lecours, Robert und Desruisseaux (2009) einen Zusammenhang zwischen *GEVA*-Werten und der *Toronto Alexthymie Skala*. Patienten, die am Ende einer psychotherapeutischen Intervention höher mentalisierte *GEVA/MICA*-Werte aufwiesen, hatten auch bei der *SCL-90-R* und der *HAM-D* einen besseren Therapieoutcome (Beretta, Roten, Lecours, 2016). In einer Regressionsanalyse fungierte die explizite *GEVA-Mentalisierung für unangenehme, eigene Emotionen* als Prädiktor für psychische Erkrankungen.

3.3.4 La Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs - Messinstrument zur Identifikation Affektiver Inhalte

Die *Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs*, im Folgenden *MICA* vervollständigt das Manual der *GEVA*. Sie liegt derzeit in ihrer dritten Version vor und befindet sich im Anhang des aktuellen *GEVA-Manuals* (Lecours, 2013). In der *MICA* werden 17 Affekte beschrieben sowie zwei Restkategorien. 10 Primäremotionen sowie der *Sexualtrieb* und die kognitiv-affektive Orientierung *Ruhe* basieren theoretisch auf der differentiellen Emotionstheorie von Carroll Izard (Abschnitt 2.2.3). Fünf Emotionen wurden von Lecours (2013) hinzugefügt. Da die *MICA* bei den Emotionen *Liebe*, *Ärger*, *Ekel*, *Verachtung* und *Bewunderung* unterscheidet, ob das Gefühl an sich selbst oder an eine andere Person adressiert ist, beinhaltet die *MICA* 24 Affekte. Es können zudem für die Auswertung die Emotionscluster „positive Primäremotionen“ (bestehend aus *Interesse*, *Freude* und *Verlangen*) sowie die Triade der *Feindseligkeit* (bestehend aus *Ärger*, *Verachtung* und *Ekel*) gebildet werden. Das *MICA*-Manual ist in weiten Teilen auch ohne Vorkenntnisse gut verständlich. Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte der 24 Emotionen kurz vorgestellt. Im Anschluss werden die Kodierungsregeln für die *MICA* erläutert und das in Abschnitt 3.3.3 generierte Textbeispiel geratet.

Die 24 Emotionen der MICA

Interesse

Interesse gehört nach Izard (1981) zu den am häufigsten erlebten positiven Primäremotionen und spielt eine wichtige Rolle bei der Motivation für die Erledigung von Aufgaben des alltäglichen Lebens. Nach Lecours (2013) besteht das Interesse vor allem aus einem Gefühl des Erkunden-Wollens und führt dazu,

dass sich Menschen belebt und aktiv fühlen. Izard (1981) geht davon aus, dass im Interesse ein gewisser angeborener „Neugierinstinkt“ (S. 219) und ein angeborener „Forschertrieb“ (S. 220) enthalten sind.

Gleichgültigkeit – Langeweile- Lustlosigkeit

Diese neutrale Emotion wurde von Lecours (2013) in die MICA aufgenommen, um das „milde“ Gegenteil von *Interesse* zu beschreiben (das heftigere Gegenstück zum *Interesse* ist der *Ekel*). Es handelt sich dabei um eine Art Nicht-Anziehung, eine Nachlässigkeit oder einen passiven Mangel an *Interesse*, der von einer Person verbalisiert wird. Die Gleichgültigkeit kann dabei der Abwertung oder der Feindseligkeit dienen, ist aber nicht offen aggressiv.

Überraschung

Die *Überraschung* zählt nach Izard (1981) zu den Primäremotionen, ist jedoch „keine Emotion in demselben Sinne wie *Freude* oder *Traurigkeit*“ (S. 313). Sie wird vor allem durch eine starke Stimulierung ausgelöst und beschreibt einen kurzen Zustand des inneren Hochfahrens und des Sinne-Weitens. Meistens ist sie mit positiven Emotionen verbunden. Ihr Ziel ist es, eine Person für einen neuartigen Reiz vorzubereiten und das Nervensystem von anderer Aktivität freizumachen (Lecours, 2013).

Freude

Lecours (2013) beschreibt *Freude* als ein angenehmes, positives Gefühl, das gekennzeichnet ist durch einen Zustand des körperlichen und psychischen Wohlergehens. Sie findet meist statt in den sozialen Interaktionen, dem Spiel und in der Befriedigung, ein Ziel zu erreichen. Nach Izard (1981) ist der typische Ausdruck von *Freude* das Lächeln und ihre Hauptfunktion sieht er darin, Offenheit und Reziprozität zu erzeugen sowie Intuition und Kreativität zu fördern.

Traurigkeit

Lecours (2013) bezeichnet *Trauer* oder *Traurigkeit* als eine negative Primäremotion und als das Gegenteil von *Freude*. *Trauer* ist nach Izard (1981) die am weitesten verbreitete, negative Emotion und weniger toxisch als *Angst*. Oft wird sie durch eine Verlusterfahrung (Trennung) ausgelöst. Sie kann mit körperlicher Schwere und Verlangsamung einhergehen. Gezeigter Kummer in Form von Tränen zielt nach Izard (1981) darauf ab, Mitgefühl und Hilfe von anderen zu erwirken. Die *Trauer* umfasst nach Lecours (2013) Erfahrungen von Schmerz oder von psychischer Verletzung, Enttäuschung, Entmutigung, Pessimismus, Bedauern und Einsamkeit. Sie hat jedoch auch die Tendenz, persönliche Entwicklung zu ermöglichen und spielt eine wichtige Rolle bei der Empathie.

Verlangen

Beim *Verlangen* handelt es sich um eine positive Sekundäremotion, die sich aus *Interesse* und dem oralen Trieb des Habens-wollens und der Begehrlichkeit/Gier zusammensetzt (Lecours, 2013). Dabei bezieht sich der Wunsch nach Besitz oder der Wunsch nach Nähe auf Objekte, nicht auf Personen. Der nicht-relationale Kontext ist wichtig, um das *Verlangen* von der *Liebe* und von sexuellem Verlangen zu unterscheiden.

Liebe – anderer

Die positive Sekundäremotion definiert Lecours (2013) als eine Mischung aus mehreren Affekten: *Interesse*, *Freude*, Begehren und Bindungstriebe. Die *Liebe* ist durch ein erhöhtes gerichtetes Interesse auf Bindung und nicht-sexuelle Interaktion mit einer anderen Person definiert.

Liebe – selbst

Obige Definition trifft auch auf die Liebe zu, die man an sich selbst richtet. Auch Selbstvertrauen oder Selbstfürsorge fallen dieser Emotion zu.

Sex

Anders als bei Trieben wie Hunger und Durst misst Izard (1981) dem Sexualtrieb eine hohe psychologische Bedeutung bei und vermutet eine starke Verbindung mit anderen Emotionen sowie mit der Persönlichkeit. Lecours (2013) wertet den Sexualtrieb als positive Sekundäremotion. Alle Beschreibungen, die mit sexueller Anziehung oder dem sexuellen Akt in Verbindung stehen, werden nach der MICA als Sex geratet.

Ärger – anderer

Ärger zählt nach Izard (1981) zu den negativen Primäremotionen und ist das Gegenteil von Liebe. Er wird häufig ausgelöst durch Situationen des Zwangs oder der Verhinderung, ein wichtiges Ziel zu erreichen. Auch Leid oder Ungerechtigkeit können *Ärger* auslösen. Nach Izard (1981) muss *Ärger* nicht in aggressivem Verhalten enden, er kann vielmehr positive Folgen haben, Energie mobilisieren und zur Selbstbehauptung beitragen. Lecours (2013) beschreibt den *Ärger* als eine heiße Emotion, die sich machtvoll und stark anfühlen kann.

Ärger – selbst

Der *Ärger gegen sich selbst* ist das Gegenteil von Selbstliebe. Lecours (2013) beschreibt ihn in seiner extremsten Form als Selbsthass, der darin münden kann, sich selbst zu verletzen oder sich zu töten.

Ekel – anderer

Ekel zählt nach Izard (1981) zu den negativen Primäremotionen und bildet zusammen mit *Ärger* und *Verachtung* die *Triade der Feindseligkeit*. *Ekel* drückt einen „starken Widerwillen“ (Izard, 1981, S. 369) aus. Der biologische Prototyp des Ekels ist das Erbrechen, bei dem eine potentiell toxische Substanz ausgestoßen wird. Dieser Vorgang lässt sich auf psychisches Erleben übertragen: Personen oder Gegenstände können vermieden oder zurückgestoßen werden. Ziel ist es, Distanz zu einem Erleben oder zu Personen zu generieren (Lecours, 2013).

Ekel – selbst

Der Ekel gegen sich selbst beschreibt, dass Personen gegen sich selbst einen Widerwillen verspüren können. Er kommt zum Beispiel häufig bei Essstörungen vor (Lecours, 2013).

Verachtung – anderer

Die *Verachtung* wird von Izard (1981) auch als „Geringschätzung“ (S. 395) bezeichnet und geht mit einem „Gefühl der Überlegenheit“ (S. 395) einher. Lecours (2013) beschreibt die Emotion als negative Primäremotion und als das Gegenteil von *Bewunderung*. Sie mobilisiert weniger Energie als der *Ärger* und kann daher als die kühlere Emotion beschrieben werden. Im Extremfall kann sie zu einer Dehumanisierung des Gegenübers führen (Lecours, 2013).

Verachtung – selbst

Analog zur obigen Beschreibung wertet die Person hier nicht andere, sondern sich selbst ab.

Bewunderung – anderer

Die positive Sekundäremotion wurde von Lecours (2013) in die *MICA* aufgenommen, um eine bestimmte Form des *Interesses* hervorzuheben, das vor allem auf dem wahrgenommenen Wert eines Objekts oder einer Person abzielt. Das Erleben von *Bewunderung* kann sowohl normal als auch pathologisch sein und sich in Erfahrungen von Respekt, Anerkennung oder Idealisierung zeigen.

Bewunderung – selbst

Auch hier gilt die bereits gegebene Beschreibung abgesehen vom Zielobjekt des Gefühls. Die Kodierung umfasst als Äußerungen von Stolz, Selbstbewunderung oder in pathologischer Form das Äußern von grandioser Omnipotenz.

Angst

Obwohl Angst in milder Ausprägung auch *Interesse* und Erregung auslösen kann, bezeichnet Izard (1981)

diese negative Primäremotion als den „gefährlichsten aller Emotionszustände“ (S. 427). Die *Angst* ist das Gegenteil von *Ruhe* und berührt Wahrnehmung, Denken und Handeln. In extremer Form löst sie nach Lecours (2013) einen Art Tunnelblick sowie ein Gefühl von Sicherheits- und Kontrollverlust aus und ist mit dem Wunsch verknüpft, die Bedrohung zu reduzieren. Weniger extreme Formen der *Angst* können als Besorgtsein, Unwohlsein, Unruhe, Aufgeregtheit oder Unsicherheit beschrieben werden.

Ruhe

Die positive Sekundäremotion Ruhe wurde von Lecours (2013) in die MICA aufgenommen, um dem gegenteiligen Zustand der *Angst* Rechnung zu tragen. Die Emotion oder der Zustand *Ruhe* könnte auch als geringe Ausprägung von *Freude* verstanden werden. Sie zeichnet sich aus durch Zufriedenheit, Toleranz und einem erholten Zustand.

Scham – Schüchternheit

Lecours (2013) kombiniert die nach Izard (1981) unterschiedlichen Emotionen *Scham* und *Schüchternheit* zum Zwecke der Kodierung zu einer negativen Primäremotion.

Scham ist nach Izard (1981) eine sehr sichtbare Emotion, die sich vor allem im Erröten zeigt. Sich schämende Menschen richten den Blick auf den Boden oder wenden ihren Kopf ab. Um *Scham* zu empfinden ist ein gewisses Maß an Reflektiertheit von Nöten. Der innere Fokus besteht nach Lecours (2013) in einem erhöhten, auf die eigenen Schwächen ausgerichteten Bewusstsein.

Schüchternheit hingegen kann mehr als eine Charaktereigenschaft beschrieben werden, die sich nach Lecours (2013) durch ein Gefühl der Verletzlichkeit des Selbstbildes in sozialen Situationen zeigt. Häufig ist die Eigenschaft daher mit Vermeidungsverhalten assoziiert. Die kombinierte, negative Emotion *Scham-Schüchternheit* in der MICA erfasst auch Beschreibungen von sich unzulänglich oder gedemütigt fühlen sowie Versagensgefühle. Sie kann sich auch in einer bestimmten Form der Reserviertheit zeigen (Lecours, 2013).

Schuld

Schuld zählt nach Izard (1981) zu den negative Primäremotionen und beruht im Kern auf einem Gefühl der Verantwortlichkeit sowie der Antizipation einer äußeren oder inneren Bestrafung. Anders als bei der *Scham* bleibt das Individuum bei der *Schuld* handlungsfähig und erarbeitet häufig Pläne zur Wiedergutmachung. In der MICA beinhaltet die Schuld Selbstvorwürfe, moralisch-ethisches Bewusstsein (gut-schlecht), das Gefühl, jemanden verletzt zu haben, sowie Entschuldigungen und Wiedergutmachungshandlungen (Lecours, 2013).

Hilflosigkeit

Die Emotion *Hilflosigkeit* zählt nach Lecours (2013) zu den negativen Sekundäremotionen. Sie ähnelt bestimmten Varianten der *Traurigkeit* und soll Zuständen Rechnung tragen, die eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung bestimmter depressiver Erkrankungen spielen. Sie besteht in dem Erleben von Hoffnungslosigkeit, Machtlosigkeit, Abhängigkeit und Verletzlichkeit bei dem gleichzeitigen Gefühl, über keine Ressourcen zu verfügen, um dieses negative Erleben zu beheben.

Negativ

Diese Restkategorie wurde von Lecours (2013) definiert, um negative affektive Ausdrücke zu erfassen, die nicht weiter differenziert werden, bei denen aber klar ein emotionales Erleben geschildert wird (z.B.: „Ich fühle mich schlecht.“).

Positiv

Diese Restkategorie wurde von Lecours (2013) definiert, um positive affektive Ausdrücke zu erfassen, die nicht differenziert werden, bei denen aber klar ein emotionales Erleben geschildert wird (z.B.: „Ich fühle mich gut.“).

Die Kodierungsregeln der MICA

Bevor die konkrete Emotion bestimmt wird, soll gemäß dem Manual die „valence affective“ (Lecours, 2013, S. 72), im Folgenden die sogenannte *Valenz* bestimmt werden. Damit ist gemeint, dass der Rater einschätzen soll, ob die Emotion für die Person, der sie gehört, *angenehm* oder *unangenehm* ist. Für *angenehme Emotionen* wird das Kürzel Plus „(+)“ vergeben, für *unangenehme* das Kürzel Minus „(-)“. Die MICA definiert in den meisten Fällen bereits, ob eine Emotion *positiv* oder *negativ* und damit *angenehm* oder *unangenehm* ist (siehe vorheriger Abschnitt). Eher *neutralere* Emotionen wie *Langeweile* oder *Überraschung* werden je nach Kontext eingeschätzt. Wird eine *positive* Emotion verneint, ändert sich auch die *Valenz*. So wird zum Beispiel *Ärger* als *negative* (und damit *unangenehme*) Primäremotion beschrieben. „Ich ärgere mich nicht“ würde aber aufgrund der Verneinung als Emotion *Ärger* und *Valenz angenehm* eingestuft werden.

Kehren wir zu unserem Textabschnitt zurück. Die GEVA Kodierungen sind bereits eingefügt. Es fehlen noch die *Valenz* und der spezifische Affekt.

„Was soll ich denn bloß tun mit der Beziehung? Ich verstehe meinen Ehemann einfach nicht.
[Manchmal ist er nett (Mot4,a)], aber [manchmal ist er irre (Ver2)]. Morgen gibt es eine finale
Aussprache!

Um die Valenz zu bestimmen, wird schlicht gefragt: Ist das Gefühl (für die Person, der das Gefühl gehört) *angenehm/neutral* oder *unangenehm*?

„ist er nett.“ Ist das Gefühl angenehm? Ja. Es ist davon auszugehen, dass der Ursprung des Nett-seins angenehm für den Partner ist. Die Valenz ist positiv.

„manchmal ist er irre.“ Ist das Gefühl angenehm? Nein. Es handelt sich um eine feindselige Äußerung. Die Valenz ist negativ.

Zur Bestimmung des Affekts gibt Lecours (2013) vor, sich an den Beschreibungen in der MICA zu orientieren und den passendsten Affekt zu wählen. Dabei kann es hilfreich sein, Synonyme für den Ausdruck zu finden.

[*Manchmal ist er nett (Mot4,a,(+))*]

Um welche Emotion handelt es sich?

Zu den angenehmen Affekten der MICA zählen: *Verlangen, Liebe, Bewunderung, Freude* und *Interesse*. Von diesen kommen für mich vor allem *Liebe, Interesse* und *Freude* in die zu prüfende Auswahl. Das *Interesse* kann bei genauerer Lektüre der MICA schnell verworfen werden. Zwar können angenehme soziale Interaktionen auch zum *Interesse* gehören, jedoch dominiert in ihnen der Wunsch des Erkundens Wollens und des Lernens. Auch *Freude* scheidet aus: Zwar begünstigt der wiederholte Freudeausdruck die Errichtung von affektiven Bindungen und Grundvertrauen, jedoch steht der interaktive Kern bei dieser Emotion nicht im Vordergrund. Bei *Liebe* finden wir folgende Beschreibung:

„Il s'agit donc d'une combinaison de plusieurs affects dont l'intérêt, la joie, le désir et les pulsions d'attachement. Le contexte relationnel est ici important ... L'amour est caractérisé par un intérêt élevé orienté vers l'attachement, l'interaction avec une autre personne, sur un mode non-sexuel“ (Lecours, 2013, S. 59)

Es handelt sich also um eine Mischung aus mehreren Affekten, darunter das *Interesse*, die *Freude*, das *Begehren* und die *Bindungstriebe*. Liebe ist „relational“ und auf einen anderen gerichtet, besteht aus nicht-sexuellen Interaktionen. Die vorliegende Emotion wird also als *Liebe für andere*, in der MICA mit dem Kürzel „aa“ (für *amour-autre*) geratet.

[*manchmal ist er irre (Ver,2,(-))*]

Bei dem zweiten Satz handelt es sich um eine negative Äußerung über eine andere Person. Ich denke daher an die *Triade der Feindseligkeit* und betrachte die Affekte einzeln: *Ekel* gehört zu den negativen Primäremotionen. Seine Hauptkomponente besteht neben der Antipathie in Zurück- bzw. Ausstoßen und der Vermeidung. Diese Emotion schließe ich aus. Der *Ärger* ist eine heiße Emotion, die viel Energie freisetzt. *Verachtung* schließlich ist „kühler“ als der Ärger, sie löst unter anderem weniger physiologische

Aktivierung aus. Ihre Hauptkomponente ist ein Gefühl der Überlegenheit. Ich entscheide mich schlussendlich für die Kodierung *Verachtung gegen andere*. Für mich steht die abwertende bzw. herablassende Bedeutung in der Aussage „manchmal ist er irre“ im Vordergrund. Für die Verachtung gegen andere wird das Kürzel „da“ (für Dégoût-autre) vergeben.

Schlussendlich sieht die endgültige Kodierung nach GEVA und MICA wie folgt aus:

„Was soll ich denn bloß tun mit der Beziehung? Ich verstehe meinen Ehemann einfach nicht.
[Manchmal ist er nett (Mot,4,a,(+),aa)], aber [manchmal ist er irre (Ver,2,(-),da)]. Morgen gibt
eine finale Aussprache!

Anders als für die *GEVA* liegen für die *MICA* bislang keine Werte aus früheren Studien für die Interraterreliabilität und die Validität vor.

3.4 Untersuchungsplan und konkrete Fragestellungen

Drei Fragestellungen sowie das naturalistische, longitudinale Studiendesign des *MBWP* bestimmen das Design dieser Arbeit. **Abbildung 6** visualisiert die Messzeitpunkte der fünf Patienten sowie die Messinstrumente, die für die Auswertung verwendet werden. Für die drei bis sechs Messzeitpunkte der jeweiligen Patienten liegen (mit einer Ausnahme) jeweils zwei transkribierte Therapiestunden vor. Insgesamt wurden 43 Therapiestunden in die Analyse aufgenommen.

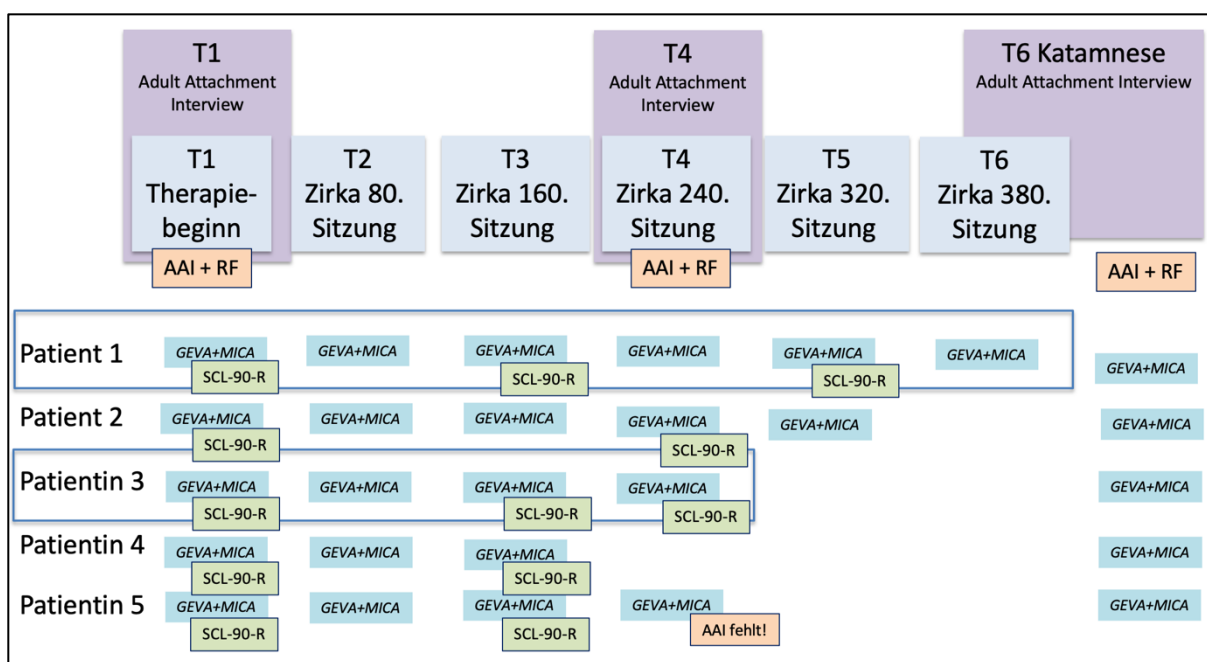


Abbildung 6: Darstellung es Studiendesigns

Mit Ausnahme der Patientin 5 liegen zudem für alle fünf Patienten jeweils drei *AAIs* vor, die ebenfalls mit der *GEVA* und der *MICA* ausgewertet wurden. Die Werte der *Reflexiven Funktionsskala* wurden vorab von einer externen, unabhängigen, zertifizierten Beurteilerin bestimmt und der Doktorandin anschließend zur Verfügung gestellt. Die *SCL-90-R* wurde ebenfalls während der Durchführung der Studie erhoben. Die Werte wurden der Verfasserin wie folgt übergeben: Für den ersten Messzeitpunkt liegen für alle fünf Patienten Werte vor. Für vier Patienten gibt es *SCL-90-R*-Daten zum mittleren Messzeitpunkt (T3). Für ebenfalls vier Patienten wurden die *SCL-90-R*-Werte zum vierten bzw. fünften Messzeitpunkt erfasst. In *Abbildung 6* sind zudem zwei Patienten gesondert markiert. Für diese Patienten, also für den Patient 1 und die Patientin 3, wird eine qualitative Auswertung vorgenommen, um das Zusammenspiel zwischen Patient und Therapeut zu untersuchen.

Um die transkribierten Therapiestunden sowie die verschriftlichten *AAIs* nach *GEVA* und *MICA* auszuwerten wurde die Segmentierung sowie die anschließende Codierung direkt im Rohtext eingefügt. Diese Codes wurden anschließend mithilfe eines sogenannten „Regex“ (Boehmke, 2016, S. 55) aus Microsoft Word in das Statistikprogramm *R* eingelesen und so in eine Datenmatrix überführt. Anschließend wurde für die Berechnungen und die Ausgabe der deskriptiven Werte das Programm SPSS Statistics 24 verwendet.

Für die anschließende Auswertung in SPSS wurden zwei Arten der Mentalisierung für jede *Emotion* bzw. für die *Emotionscluster* berechnet: Die *implizite Mentalisierung* ist nach Lecours (2011) die **relative Häufigkeit** der verschiedenen Emotionen bzw. Emotionskategorien. Vereinfacht gesprochen gibt sie an, wie die emotionale Welt, in der der Patient lebt, aussieht und welche Gefühle diese Welt vornehmlich prägen. Die *implizite Mentalisierung* kann Anhaltspunkte liefern, ob es bei einem Patienten Fixierungen auf bestimmte Affekte oder Affektgruppen gibt oder ob Affekte phobisch vermieden werden. (Lecours, 2011; Allen et al., 2008; Fonagy & Luyten, 2009). Basierend auf den Werten der impliziten Mentalisierung wird im Anschluss für diese dominanten, häufigsten Emotionen und für klinisch als wichtig erachtete Emotionen die *explizite Mentalisierung*, nach Lecours (2011) die „*mentalization per se*“ (S. 29) mithilfe des *Weighted Score* ausgedrückt und besprochen. Die *explizite Mentalisierung* gibt Auskunft über die **Qualität** bzw. über die **Art und Weise**, wie Gefühle erlebt werden. Sie ist zum Beispiel ein Maß dafür, ob es einzelne Affekte oder Affektgruppen gibt, denen sich der Patient ausgeliefert fühlt, bzw. die der Patient nicht als etwas Inneres oder als etwas Kontrollierbares erlebt.

Im Folgenden werden die vier Fragestellungen weiter expliziert.

1. Wie verändert sich die Affektmentalisation im Verlauf der analytischen Psychotherapie?

Um diese Frage zu beantworten, werden die fünf Therapieverläufe und die AAls der Patienten einzeln dargestellt. Jede Darstellung beginnt mit den Eckdaten und Diagnosen des jeweiligen Patienten. Um einen differenzierten Einblick in die *Affektmentalisation* der Patienten im Zeitverlauf zu gewährleisten, wird ein mehrstufiges Vorgehen gewählt:

Die graphische und schriftliche Darstellung der *impliziten* und *expliziten Mentalisation* beginnt mit den ganz „groben“ Affektkategorien (*angenehme* versus *unangenehme Affekte*, aufgeteilt nach der Valenz). Sie können als Marker für das allgemeine ausgedrückte Wohlbefinden gesehen werden. Im nächsten Schritt werden dann die *Emotionscluster* „positive Primäremotionen“ (*Interesse, Verlangen und Freude*) sowie die *Triade der Feindseligkeit* (*Ärger, Ekel und Verachtung*) *gegen sich selbst* und *gegen andere* und die klinisch besonders bedeutsamen Einzelemotionen *Trauer* und *Angst* betrachtet. Schlussendlich wird das individuelle Emotionsprofil dargestellt. Gezeigt wird die Entwicklung aller dominanten Einzelemotionen. Darunter fällt jede Emotion, die zu einem Messzeitpunkt zu den fünf häufigsten Emotionen gezählt hat. Das bedeutet, wenn ein Patient zum ersten Messzeitpunkt am häufigsten *Hilflosigkeit, Angst, Ruhe, Sex* und *Ärger gegen andere* ausgedrückt hat und zum zweiten Messzeitpunkt am häufigsten *Hilflosigkeit, Angst, Ruhe, Verlangen* und *Ekel gegen andere* verbalisierte, dann wird für alle sieben unterschiedlichen Emotionen der Wert für die *implizite* und *explizite Mentalisation* zu jedem Messzeitpunkt dargestellt. Obwohl durch dieses mehrstufige Vorgehen an manchen Stellen Redundanzen entstehen, wird es gewählt, um der großen Detailliertheit der *GEVA* und der *MICA* mit je 24 verschiedenen Affekten Rechnung zu tragen.

Anschließend an die Darstellung des Therapieverlaufs wird die *GEVA*- und *MICA*-Auswertung der *Adult Attachment Interviews* vorgestellt. Hier wird der Fokus direkt auf die häufigsten Einzelemotionen gelegt. Die direkte Betrachtung der einzelnen Emotionen ist aufgrund der standardisierten, vorgegebenen Fragen des AAls von vorneherein naheliegender als im Rahmen der thematisch freien Therapiesitzungen.

Im Abschnitt Zusammenfassung und Diskussion werden zuletzt die individuellen Besonderheiten hinsichtlich der *impliziten* und *expliziten Affektmentalisation* im Therapieverlauf und im Verlauf der AAls für jeden Patienten aufgezeigt und bewertet. An konkreten Satzbeispielen wird exemplarisch aufgezeigt, ob, und wenn ja, wie sich die Art über Emotionen zu sprechen, verändert hat.

2. Korrelationen mit der RFS und der SCL-90-R

Für die Korrelation mit der *Reflexiven Funktionsskala* aus den 14 AAls werden folgende (explizite)

GEVA- und MICA-Werte ausgewählt: Die Gesamtwerte für die *Negative Valenz* in Bezug auf sich selbst und auf andere wurden analog zum Vorgehen von Bouchard, Lecours, Fonagy und Target und Kollegen (2008) gewählt. Da Lecours (2015) die (eigene) *Trauer* für die bedeutsamste Emotion hält, soll zudem überprüft werden, ob diese Emotion in einem Zusammenhang mit dem britischen Mentalisierungsmaß steht. *Feindselige Emotionen gegen andere* bündeln die Emotionen *Ärger*, *Ekel* und *Verachtung* und werden in die Auswertung inkludiert, da in anderen Studien (u.a. Smaling et al., 2017) aggressive Handlungen in frühen Beziehungen in einem Zusammenhang mit der RFS standen.

Zwei globale Kennwerte der SCL-90-R werden ausgewählt, um zu überprüfen, ob es Zusammenhänge zwischen der impliziten und expliziten Mentalisierung verschiedener Emotionen und der psychischen Belastung (*Global Severity Index, GSI*) sowie der Schwere der Beeinträchtigung (*Positive Symptom Distress Index*) gibt. Von den GEVA- und MICA-Werten werden folgende, als klinisch besonders bedeutsam eingeschätzte Emotionen in die Auswertung aufgenommen: *Trauer* (nach Lecours, 2015, die wichtigste Emotion im Therapieprozess), *Angst* (Nach Izard, 1981, die toxischste aller Emotionen) sowie *feindselige Emotionen gegen sich selbst* (die nach Kernberg, 1997, zu schweren Psychopathologien führen). Zudem wird der Gesamtwert aller *unangenehmen Emotionen (negative Valenz)* als Kontrollwert in die Analyse inkludiert, um zu überprüfen, ob allgemein alle *negativen Emotionsverbalisierungen* mit *psychischer Belastung* und *Beeinträchtigung* einhergehen oder ob die Betrachtung einzelner Emotionen bedeutsamere Zusammenhänge aufzeigt.

3. Wie kommen Veränderungen in der Affektmentalisierung zustande?

Der dritte Fokus dieser Arbeit bezieht sich auf die Frage, wie eine *verbesserte Affektmentalisierung* zustande kommen könnte. Dafür wird das Zusammenspiel von zwei Patient-Therapeutenpaaren sowohl deskriptiv-statistisch als auch qualitativ direkt am Rohtext ausgewertet. Es wurden dafür zwei unterschiedliche Therapieverläufe gewählt: Ein Langzeitverlauf, in dem sich in der vorangegangenen Einzelfallauswertung nur wenig Veränderung in der *Affektmentalisierung* zeigte (*Patientin 3*), sowie eine Therapie, bei der viele Veränderungen in der *Affektmentalisierung* zu beobachten waren (*Patient 1*). Für die dyadische Auswertung wird zunächst die *implizite* und *explizite Affektmentalisierung* der Therapeuten im Zeitverlauf bestimmt und mit der *impliziten* und *expliziten Affektmentalisierung* der Patienten verglichen. Es soll überprüft werden, ob es dem Therapeuten während der Therapie gelungen ist, sich auf die emotionale Welt des Patienten einzulassen (äußerte er dieselben Emotionen?) und wie er diese Emotionen *qualitativ mentalisierte* (drückte er sie angeeigneter aus?). Darüber hinaus wird der Auswertungsfokus auf *emotionale Häufungen* oder *wenig mentalisierte affektive Einheiten* gelegt, um herausfinden wie die beiden Therapeuten an diesen Stellen auf die emotionalen Ausführungen der Patienten reagierten.

4. Evaluation der GEVA (und MICA)

Die vierte Fragestellung dieser Arbeit wird im Diskussionsteil bearbeitet. Sie bezieht sich auf das Arbeiten mit *GEVA* und *MICA* und bündelt nicht nur die Ergebnisse der vorherigen drei Fragestellungen, sondern bezieht auch die Erfahrungen der Verfasserin in der Anwendung von *GEVA* und *MICA* mit ein: Wo steht die *GEVA* im Vergleich zu anderen Messverfahren? Was erfasst die Methode und was nicht? Wie kann das Manual verbessert und wie könnte die Auswertung optimiert werden? Gibt es Möglichkeiten, den Zeitaufwand beim Rating zu reduzieren? Der Abschnitt 5.4 soll diese und einige weiteren Fragen beantworten.

Zur besseren Übersicht werden die Fragestellungen hier noch einmal verkürzt dargestellt:

Folgende vier Fragestellungen werden in dieser Arbeit behandelt:		
Frage 1: Wie entwickelt sich die Affektmentalisierung in analytischen Langzeittherapien?		
Abschnitt		Instrumente
4.1	Einzelfalldarstellungen: Entwicklung der expliziten Affektmentalisierung und der impliziten Affektmentalisierung für je fünf Patienten im Therapieverlauf und im Adult Attachment Interview	GEVA und MICA
5.1	<i>Interpretation der Affektmentalisierungsverläufe in der Therapie – Gibt es Muster?</i> <i>Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse für jeden Patienten</i> <i>Interpretation der Affektmentalisierungsverläufe im AAI</i>	
Frage 2: Gibt es Zusammenhänge zwischen der GEVA- und MICA und anderen psychologischen Messverfahren?		
4.2	Korrelation von GEVA- und MICA-Werten mit dem britischem Mentalisierungsmaß und mit einem Fragebogen zur psychischen und körperlichen Beeinträchtigung	RF-Skala, SCL-90-R, GEVA und MICA
5.2	<i>Interpretation der Korrelationen zwischen GEVA- und MICA und RFS sowie SCL-90-R</i>	
Frage 3: Wie kommen Veränderungen in der Affektmentalisierung zustande?		
4.3	Darstellung des affektiven Zusammenspiels von Therapeut und Patient in einem erfolgreichen und in einem weniger erfolgreichen Therapieverlauf	GEVA und MICA, psychoanalytische Einschätzung (qualitativ)
5.3	<i>Zusammenfassung der Erkenntnisse aus der qualitativen Auswertung und Ableitung von Hypothesen über indiziertes therapeutisches Vorgehen in Bezug auf die Affektmentalisierung</i>	
Frage 4: Wie ist die GEVA als Verfahren einzuschätzen?		
5.4	<i>Evaluation der GEVA</i> <i>Zusammenführung aller Erkenntnisse, die im Arbeiten mit der GEVA (und MICA) gewonnen wurden: Wie könnte das Verfahren verbessert werden? Wo steht es im Vergleich zu anderen Verfahren? Welche Vor- und Nachteile bietet die Methode?</i>	

Tabelle 3: Fragestellungen der Studie im Überblick

4. Ergebnisse

Der Ergebnisteil stellt zunächst die Affektentwicklung auf Einzelfallbasis vor. Anschließend werden die Korrelationen von verschiedenen *GEVA*- und *MICA*-Werten mit der *RFS* und der *SCL-90-R* berichtet. Der vierte Abschnitt schließt mit der *qualitativen Auswertung* von zwei Einzelfällen, bei denen die *implizite* und *explizite Affektmentalisierung* vom Therapeuten und Patienten miteinander in Verbindung gebracht wird.

4.1 Einzelfallauswertungen

4.1.1 Patient 1

Bei Patient 1 wurde eine *narzisstische Persönlichkeitsstörung* diagnostiziert. Das Strukturniveau wurde als mäßig eingestuft. Die Therapie dauerte insgesamt 400 Stunden und fand in der Regel dreistündig statt. Für die Auswertung liegen sechs Messzeitpunkte vor, aus denen 516 *affektive Einheiten* extrahiert wurden.

Verlauf der Affektmentalisierung in der Therapie 1

Abbildung 7 zeigt die prozentuale Zusammensetzung (*implizite Mentalisierung*) aller *angenehmen* und *unangenehmen* Gefühlsäußerungen im Zeitverlauf.

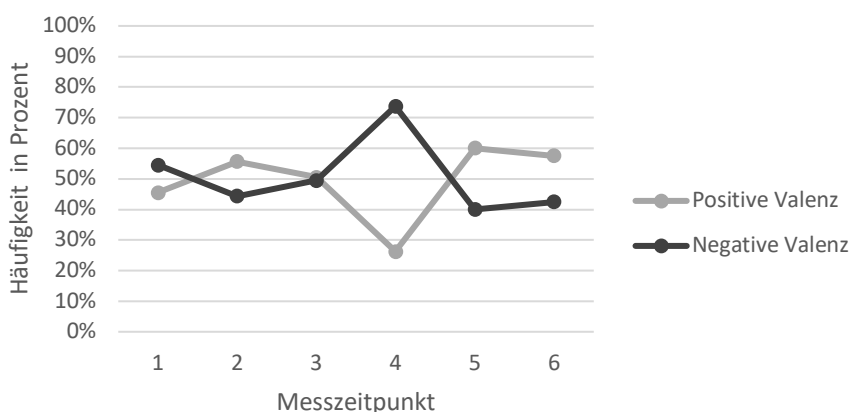


Abbildung 7: Patient 1 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf

Bei der Betrachtung der *expliziten Mentalisierung* fällt auf, dass die Zusammensetzung von *angenehmen* und *unangenehmen Gefühlsäußerungen* zu den meisten Messzeitpunkten relativ ausgewogen war und zwischen 40 zu 60 zu 50 zu 50 schwankte. Zum zweiten, zum dritten und insbesondere zum fünften und letzten Messzeitpunkt überwogen mengenmäßig *angenehme Emotionen*. Lediglich zum ersten und zum vierten Messzeitpunkt äußerte der Patient mehr *unangenehme Gefühle*. Es ist gut möglich, dass während der ersten Sitzungen der themenmäßige Schwerpunkt auf den Gründen zur

Therapieaufnahme liegt und daher meist per se negativer ist. Der vierte Messzeitpunkt sticht jedoch besonders ins Auge, da sich die Zusammensetzung *angenehmer* und *unangenehmer Emotionen* hier drastisch von den anderen Messungen unterschied. Mehr als zwei Drittel aller emotionalen Äußerungen des Patienten waren in dieser mittleren Therapiephase *unangenehm*. Interessanterweise erreichten nach dem „negativen Einbruch“ die *angenehmen Emotionen* zu den letzten beiden Messzeitpunkten ihren Höhepunkt.

Die nun folgende Abbildung 8 zeigt die Qualität aller *angenehmen* und *unangenehmen* Gefühlsäußerungen im Zeitverlauf.

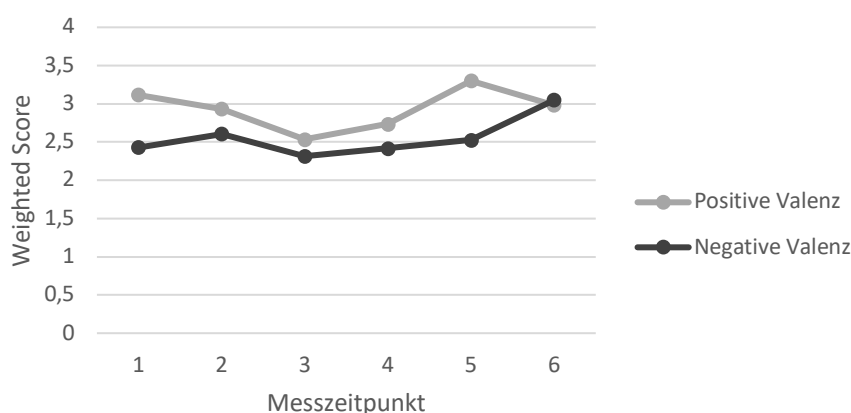


Abbildung 8: Patient 1 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf

In Bezug auf die *explizite Mentalisierung* ist insbesondere die Betrachtung der *unangenehmen Emotionen* bedeutsam. *Negative Emotionen*, die als unkontrollierbar und wenig angeeignet erlebt werden, können zu klinisch bedeutsamen Leid führen. Bei *positiven Emotionen* ist davon auszugehen, dass es weniger Unterschied macht, ob zum Beispiel *Freude* eher spontan oder bewusst ausgedrückt wird. Für die Entwicklung der *negativen Emotionen* sticht besonders der letzte Messzeitpunkt ins Auge – der Patient konnte hier seine *unangenehmen Emotionen* deutlich kontrollierter, angeeigneter und eher als mentale Zustände ausdrücken, als zu den vorherigen Messzeitpunkten. Während der Therapiemitte (T3) war es ihm am wenigsten möglich, seine *unangenehmen Gefühle* kontrolliert auszudrücken und er hatte eine stärkere Tendenz dazu, unangenehme Gefühle körperlich-motorisch oder impulsiv darzustellen.

Im Folgenden sollen die *Emotionskategorien* (*positive Primäremotionen, Feindseligkeit gegen sich selbst und Feindseligkeit gegen andere*) sowie die klinisch als besonders relevant geltenden Emotionen *Trauer* und *Angst* genauer betrachtet werden:

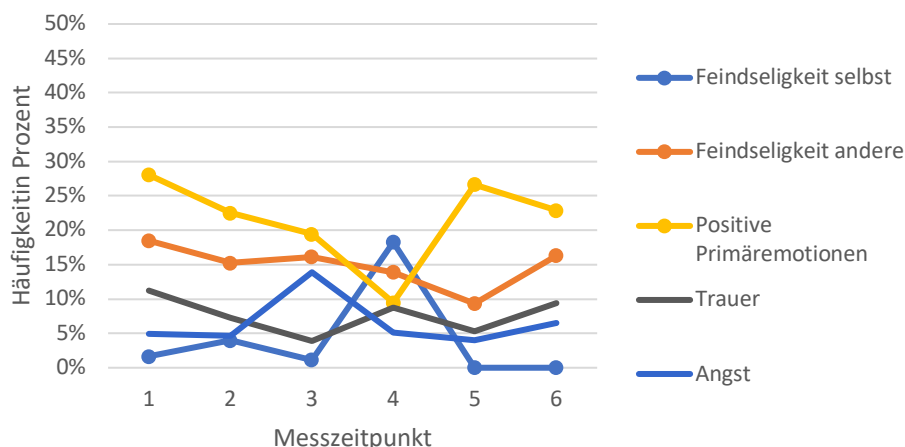


Abbildung 9: Patient 1 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) von Emotionsclustern sowie Trauer und Angst im Zeitverlauf

In Bezug auf die *implizite Mentalisierung* lässt sich folgendes festhalten: Der Patient äußerte zu Beginn (T1) sowie zum letzten Messzeitpunkt der Therapie (T6) die gleiche Rangfolge von Emotionskategorien:

Es überwogen zu Beginn und zum Ende der Therapie die *positiven Primäremotionen*, die aus *Freude*, *Interesse* und *Verlangen* bestehen, mit etwas weniger als einem Drittel. An zweiter Stelle standen *Ärger*, *Verachtung* und *Ekel in Bezug auf andere Personen* – etwa jede fünfte bis sechste Äußerung hatte diese *feindseligen Emotionen gegen andere* zum Inhalt. *Traurige Gefühle* belegten mit zehn Prozent den dritten Rang. *Angst* spielte zu Beginn und zum Ende der Therapie hin mengenmäßig eine untergeordnete Rolle – etwa jede 20. Gefühlsäußerung bezog sich auf dieses Gefühl. *Ekel*, *Verachtung* und *Ärger gegen sich selbst* waren zu Beginn der Therapie (T1) sowie nach Beendigung kaum bzw. nicht mehr (T6) vorhanden.

Die Zusammensetzung der Emotionen erfuhr im Verlauf der Therapie einige Veränderungen:

Besonders auffällig erscheint, dass *ängstliche Gefühle* zum dritten Messzeitpunkt einen Höhepunkt erreichten – etwa jede sechste Emotionsäußerung hatte *Angst* zum Inhalt, bevor es zum emotionalen Einbruch zum vierten Messzeitpunkt kam: Der Patient erlebte hier nun erstmals in für ihn hohem Ausmaß *negative Gefühle gegen sich selbst (Ekel, Verachtung und Ärger)*. Interessanterweise verschwanden diese *feindseligen, gegen sich selbst gerichteten Emotionen* im weiteren Verlauf völlig, und der Patient näherte sich zu T5 und zu T6 erneut seinem recht stabil wirkenden Niveau an *positiven Primäremotionen* sowie seiner „gewohnten“ Zusammensetzung affektiver Kategorien an.

In Bezug auf die *explizite Mentalisierung* der Emotionscluster und der klinisch besonders relevanten Emotionen *Trauer* und *Angst* ergaben sich im Therapieverlauf folgende Entwicklungen (siehe Abbildung 10):

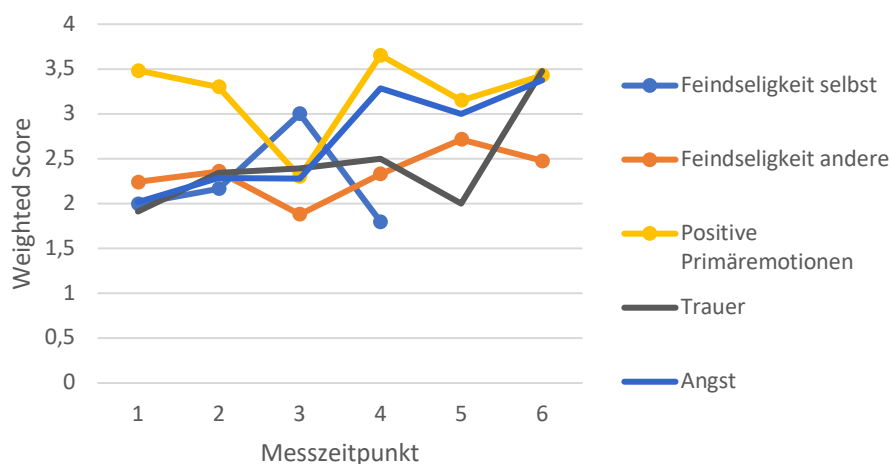


Abbildung 10: Patient 1 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) von Emotionsclustern, Trauer und Angst im Zeitverlauf

Zu Beginn der Therapie mentalisierte der Patient seine *negativen Emotionen explizit* recht „ähnlich“ – die Werte schwanken zwischen 1,9 (*Trauer*) und 2,3 (*Feindseligkeit gegen andere*) und befinden sich damit allesamt im eher unkontrollierten, spontaneren Bereich, oder werden häufig motorisch-somatisch beschrieben. Die deutlichsten, wenn auch nicht rein stetigen Veränderungen erfuhren die Emotionen *Angst* und *Trauer*. Beide erreichten zum letzten Messzeitpunkt ein hohes Level an Kontrollierbarkeit sowie Aneignung und wurden vom Patienten als eigene, bildlich-verbale zu sich gehörende Gefühlszustände beschrieben. Ein Tiefpunkt der Kontrollierbarkeit und Bewusstheit war für die Emotionskategorie *Feindseligkeit gegen andere* zum dritten Messzeitpunkt sowie für die Emotionsgruppe *Feindseligkeit gegen sich selbst* zum vierten Messzeitpunkt zu verzeichnen. Der Wert von 1,8 (*Feindseligkeit gegen sich selbst*) weist darauf hin, dass der Patient diese Gefühle eher als Zustände erlebte, die er wenig kontrollieren konnte oder spontan ausdrückte um sich ihrer zu entledigen.

Für eine noch detailliertere Betrachtung der emotionalen Entwicklung von Patient 1 im Therapieverlauf werden im folgenden *einzelne Emotionen* aufgeschlüsselt (Abbildung 11 und 12). Um Redundanzen zu vermeiden, soll im folgenden Abschnitt nur auf Emotionen eingegangen werden, die oben genannte Befunde vervollständigen und in der Gesamtbetrachtung relevant erscheinen. Dargestellt werden alle Emotionen, die sich zu einem bestimmten Messzeitpunkt unter den fünf häufigsten Emotionen des Patienten befanden. Die *Tabelle 4* am Ende dieses Abschnitts liefert zusätzlich Beispiele aus den

Studententranskripten, die die bedeutsamen emotionalen Entwicklungen noch plastischer darstellen sollen.

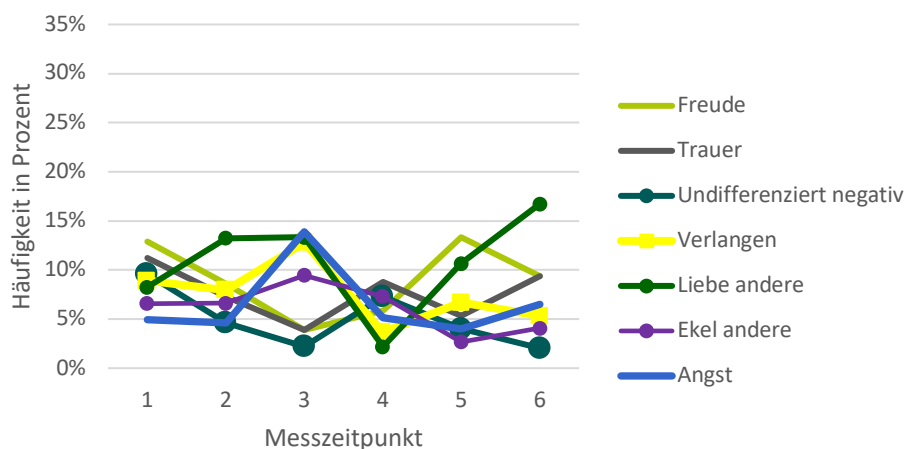


Abbildung 11: Patient 1 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

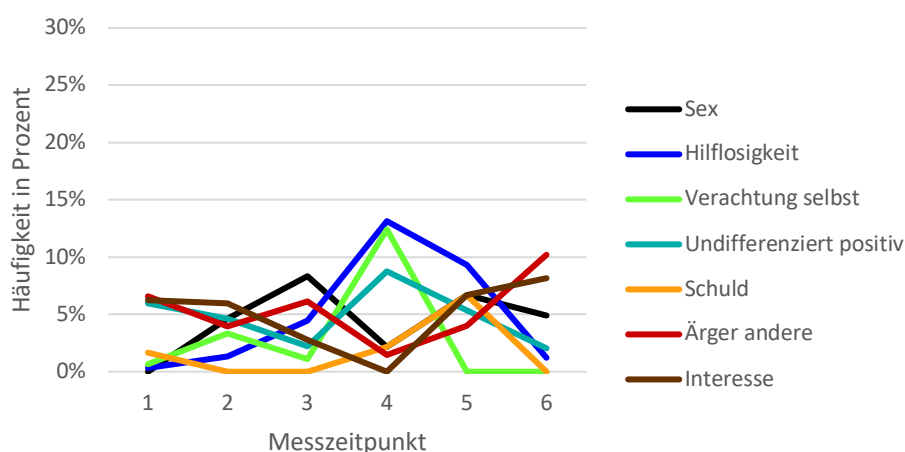


Abbildung 12: Patient 1 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

Hinsichtlich der *impliziten Mentalisierung* fällt auf, dass die Emotion *Angst* sowie die positive Emotion *Verlangen* sich ähnlich verhielten – sie stiegen und fielen auf die gleiche Art und Weise im Zeitverlauf.

Die angenehme Emotion *Liebe für andere* stellte mengenmäßig ein bedeutsames Gefühl für den Patienten dar. Zusammen mit den positiven Primäremotionen *Freude*, *Verlangen* und *Interesse* (siehe Abbildung 11) war sie ausschlaggebend für die recht positive Gesamtbilanz seines Gefühlslebens. Sie gehörte zum zweiten, zum dritten und zum letzten Messzeitpunkt zu den häufigsten Emotionen. Vor allem zum letzten Messzeitpunkt äußerte der Patient vergleichsweise viel *Liebe für andere* – fast jede fünfte seiner Äußerungen hatte dieses Gefühl zum Inhalt. Deutlich wird durch die detaillierte

Aufschlüsselung der Emotionen auch nochmal, mit welchen Gefühlen sich der Patient in seiner „emotionalen Krise“ zum vierten Messzeitpunkt auseinandersetzte: Als Einzelemotionen standen *Hilflosigkeit* sowie *Verachtung gegen sich selbst* an erster bzw. zweiter Stelle.

Bei dem Emotionscluster *Feindseligkeit gegen andere*, das die Emotionen *Ekel vor anderen*, *Ärger gegen andere* und *Verachtung für andere* beinhaltet, zeigt die genaue Aufschlüsselung, dass *Verachtung gegen andere* zu keinem Messzeitpunkt eine mengenmäßig bedeutsame Rolle spielte – vielmehr *ekelte* sich der Patient vor anderen, wobei dieses Gefühl im Verlauf stark abnahm. Im Vergleich dazu wurde der *Ärger gegen andere* zum Therapieende hin vermehrt geäußert.

In Hinblick auf die *explizite Mentalisierung* wird in den folgenden Abbildungen 13 und 14 deutlich, dass der Patient seine Gefühle auf sehr unterschiedliche Art und Weise ausdrücken konnte:

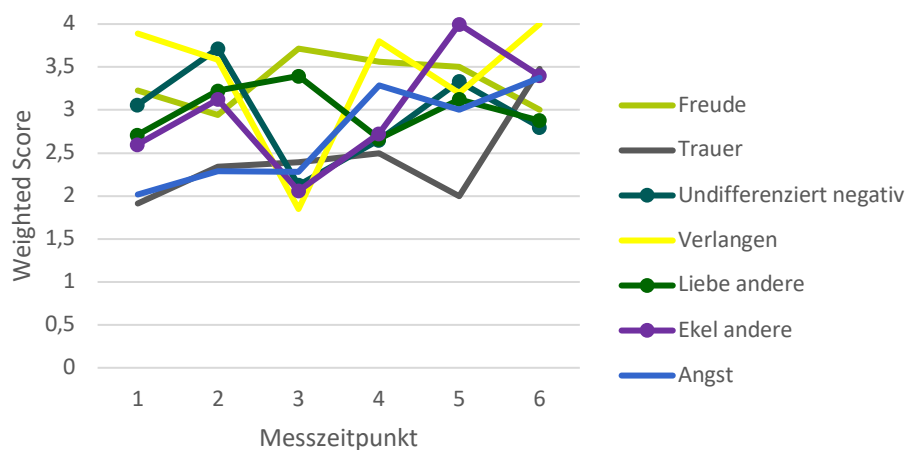


Abbildung 13: Patient 1 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

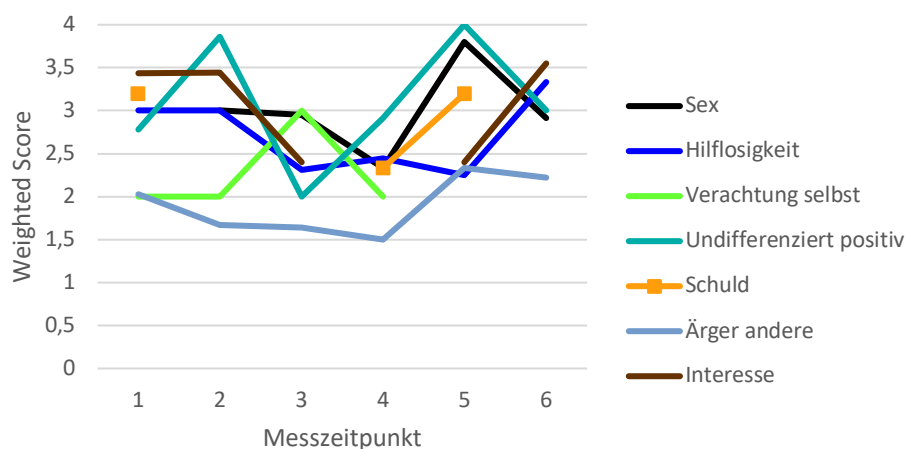


Abbildung 14: Patient 1 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

Die qualitativen Veränderungen in der Mentalisierung von *Trauer* und *Angst* werden durch die Aussagen (*Tabelle 4*) des Patienten noch greifbarer. So erlebte er in der Therapiemitte *Trauer* als einen körperlichen Zustand, in dem der Appetit ausbleibt und in dem man bewegungslos ist. Gegen Ende der Therapie war die Verbalisierung der *Trauer* dann bildlicher und mehr dem psychischen Innenleben zugeordnet („*finster*“, „*Ich komme nicht vor*“). Die *Angst* entwickelte sich von einem eher externalisierten („*Gefahr*“) zu einem eigenen Erleben („*unter Druck*“, „*macht Sorgen*“). Der eher spontan-verbale Ausdruck von *Ärger gegen andere*, der mit Aussagen wie „*Äh. Nein. Mach ich net!*“ ausgedrückt wurde, wurde ebenfalls im Verlauf gefühlsnäher ausgedrückt: Zwar wurde der *Ärger gegen andere* auch zum letzten Messzeitpunkt nicht direkt benannt und immer noch auf einer motorischen Ebene beschrieben (z.B. „*feindlicher Akt*“), er hatte jedoch an psychischer Aneignung gewonnen. Auch beim *Ekel vor anderen* zeigten sich Veränderungen. So wurde zum Beispiel zum dritten Messzeitpunkt der *Ekel vor anderen* vor allem als Wunsch einer körperlichen Wegbewegung verbalisiert, später war dieser Wunsch etwas mentaler geworden und der Patient beschrieb sich als „Inhaber“ des Gefühls („*Ich möchte das loswerden. Es gefällt mir nicht*“).

In der folgenden *Tabelle* werden abschließend einzelne, emotionale Aussagen des Patienten wiedergegeben, die oben beschriebene Entwicklungen verdeutlichen. Dabei ist zu beachten, dass insbesondere weniger gut *explizt mentalisierte Emotionen* nur im Kontext der gesamten Stunde als Emotion erkennbar waren.

Emotion	Messzeitpunkt	Wortlaut
Ärger	T3	Wie soll ich sagen, ich hatte dann ja eine Verstimmung (...) und mir gedacht habe: also das muss doch jetzt nicht sein! (...) Äh, Nein. Mach ich net! (...) Ich finde es lästig!
	T5/T6	Aber ich finde, dass es jetzt aus Ihrer Sicht noch kein feindlicher Akt ist! (...) Also wenn das nicht der Fall ist, dann werde ich nicht zum Kämpfer (...) so als wären das Feinde .
Trauer	T1	Wenn ich diese Phase habe dann geschieht eigentlich nichts . Da hat ich Geburtstag, da hab ich nicht gegessen (...) ich war so gelähmt (...) diese Gelähmtheiten (...) Ich hab dann aber festgestellt, dass ich nur rumliege und, und eben nichts tue . (Kontext)
	T6	Also sicher sehe ich es mal wieder ziemlich finster , oder so... tut es (nicht) weh . Das ist ja das, was ich ja auch immer schon artikuliert habe, dass es in den Erlebnissen, die ich hatte, ich das Gefühl hatte, „ Ich komm da nicht vor “
Angst	T1	Des war die große Gefahr . (...) Ich war auch ein bisschen nervös (...) und da bin ich etwas vorsichtiger . (...) Des ist das Gefährliche .

	T5/T6	Das, was mir am meisten Sorge macht. (...) da gibt's viele Sorgen . Und irgendwie hab' ich das Gefühl, es setzt mich stark unter...unter Druck (...) Weil ich immer schon artikuliert habe, dass ich Angst davor habe.
Verachtung selbst	T4	Ich konnte nicht sagen, „Ja, die Analyse war wie ne, gerade wie ne Beschädigung der hässlichen Stelle . Ich möchte das niemandem zumuten (Kontext: sich selbst) (...) Ja betrachte ich mich eher als Zumutung eigentlich (...) Ich bin doof .
Hilflosigkeit	T5	Und im Grunde muß ich sehn, daß es halt einfach scheitert , daß (...) im Grunde viel Energie verschwendet wird für etwas, was am Ende gar nicht zu dem führt . (Kontext) Ich hab so viele Phasen, auch zwischendurch, in denen ich einfach nicht in der Lage bin , das zu tun. (Kontext)
	T6	Also dieses Gefühl, nicht aus zu können (...) fühlt sich immer noch als Opfer .
Ekel vor anderen	T3	Warum sitzen die anderen da so nahe da? Davonlaufen. Abhauen.
	T5	Ich möchte das jetzt loswerden . Es gefällt mir nicht .

Tabelle 4: Emotionale Aussagen von Patient 1 im Wortlaut

Verlauf der Affektmentalisierung im AAI (Patient 1)

Für Patient 1 wurden aus den AAIs insgesamt 604 *affektive Einheiten* extrahiert. Aus der Grafik zur *impliziten Affektmentalisierung* (Abbildung 15) wird deutlich, dass Patient 1 im Zeitverlauf des AAIs verhältnismäßig viele verschiedene Affekte verbalisierte. *Ärger gegen andere* und *Liebe für andere* waren zu allen Messzeitpunkten die häufigsten Emotionen, wobei sich die Rangfolge im Zeitverlauf veränderte: Während der Patient in der Eingangsmessung vor allem über *Ärger gegen andere* sprach, kam es zum zweiten Messzeitpunkt zu einem starken Anstieg von *Liebe für andere*. In der Endmessung lagen *Liebe für andere* und *Ärger gegen andere* gleichauf. *Trauer* wurde über die Messungen hinweg präsenter in der Erzählung des Patienten und war dann zur Katamnese nach GEVA und MICA die dritthäufigste Emotion. Mit *Freude*, *Ruhe*, *Verlangen* und *undifferenziert positiven Gefühlsäußerungen*, die zwischen vier und sieben Prozent schwanken, äußerte der Patient ein konstantes Niveau an positiven Primäremotionen.

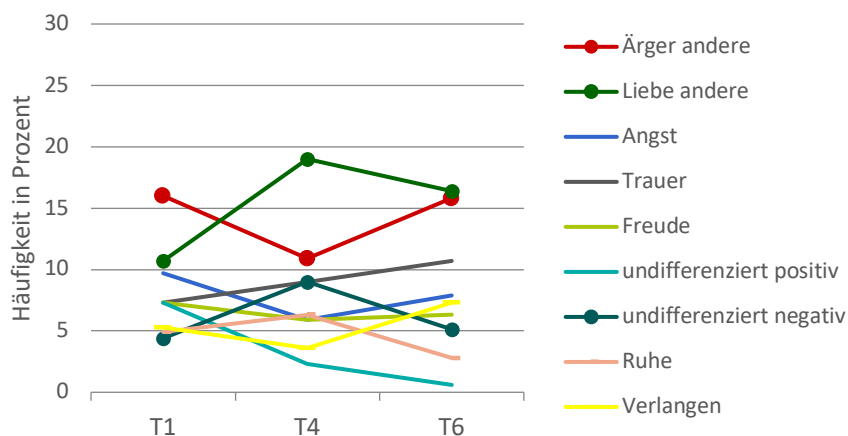


Abbildung 15: Patient 1 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf

Deutliche Veränderungen in der *impliziten Affektmentalisierung* zeigen sich in den GEVA- und MICA-Werten vor allem für die Emotion *Trauer* (siehe Abbildung 16):

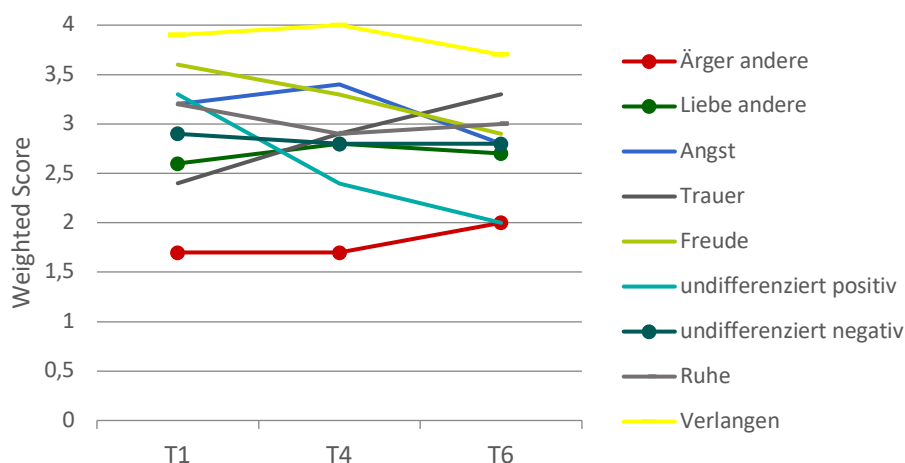


Abbildung 16: Patient 1 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf

Die *Trauer* wurde von T1 mit einem gewichteten Wert von 2,4 zu T6 mit einem gewichteten Wert von 3,3 immer angeeigneter und bewusster erlebbar. *Freude* sowie die Kategorie *Undifferenziert positiv* wurden im Verlauf spontaner ausgedrückt. Auch *Ärger gegen andere* wurde im Verlauf etwas kontrollierter und angeeigneter beschrieben. *Angst* war zu T4 mit dem größten Bewusstsein erlebbar, und erreichte während der Endmessung ein niedrigeres Niveau als zu T1 und T4.

Zusammenfassung und Diskussion (Patient 1)

Zusammenfassend lässt sich der Therapieverlauf von Patient 1 als recht positiv beurteilen. Es entsteht

der Eindruck, dass sich Patient 1 im Therapieverlauf auf seine *negativen Emotionen* einlassen konnte und diese durcharbeitete: Im Zustand der emotionalen Krise zu Messzeitpunkt 4 beschäftigte er sich erstmals in großem Ausmaß mit Emotionen, die für seine Diagnose „narzisstische Persönlichkeitsstörung“ (vor allem mit seiner *Verachtung gegen sich selbst* und seiner *Hilflosigkeit*) äußerst relevant erscheinen. Nach diesem „Durcharbeiten“ ging es dem Patienten zum Ende der Therapie besser als zu den ersten vier Messzeitpunkten (relatives Überwiegen der *angenehmen Emotionen* bei der *impliziten Mentalisierung*).

Für einzelne Emotionen können folgende Entwicklungen festgehalten werden: Bei *feindlichen Emotionen gegen andere* zeigte sich im Verlauf, dass der Patient statt von *Ekel gegen andere* inhaltlich zum Therapieende eher von *Ärger gegen andere Personen* berichtete. Diese Entwicklung kann als positiv betrachtet werden, da die Emotion *Ärger* mehr Handlungsspielräume eröffnet, Energie mobilisiert und Verhaltensweisen der Selbstbehauptung auslösen kann, wohingegen *Ekel* eher durch Rückzug und Vermeidung charakterisiert ist (Izard, 1981). Zudem konnten *Ärger gegen andere* und *Ekel vor anderen* im Verlauf besser *explizit mentalisiert* werden. Während der Patient zum Beispiel zum dritten Messzeitpunkt seinen *Ärger* eher impulsiv verbalisierte („*Das muss doch nicht sein*“), so wird dieser gegen Ende der Therapie zwar nach wie vor nicht beim Namen genannt, hat jedoch eine bildlichere Qualität erhalten („*Kämpfer, Feinde*“), die näher am inhaltlichen Kern der Emotion ist. Dieselbe Entwicklung findet sich auch im AAI des Patienten - auch in Bezug auf sein Kindheitsnarrativ konnte der Patient *Ärger gegen andere* im Verlauf etwas kontrollierter und angeeigneter ausdrücken.

Im Zustand seiner emotionalen Krise zum vierten Messzeitpunkt herrschten vor allem die Emotionen *Hilflosigkeit* und *Verachtung gegen sich selbst* vor. Während der Patient *Hilflosigkeit* zu Beginn als auch zum Ende der Therapie als inneres, psychisches Erleben gut benennen konnte, brach diese Fähigkeit zu den mittleren Messzeitpunkten ein. An den Beispielsätzen wird deutlich, dass der Patient zum Zeitpunkt der Krise mit heftiger *Verachtung gegen sich selbst* zu kämpfen hatte. Er bezeichnete sich als „*Zumutung*“ und als „*hässlich*“. Es ist gut vorstellbar, dass er sich diesen Gefühlen als ausgeliefert erlebt hat und wenig innere Kontrolle verspürte (*Hilflosigkeit*). Zu den letzten beiden Messzeitpunkten erwähnt der Patient diese *feindseligen Gefühle gegen sich selbst* nicht mehr, was für einen positive Entwicklung in der Therapie spricht.

Eine klinisch bedeutsame Entwicklung hinsichtlich der expliziten Mentalisierung durchlebte der Patient ebenfalls für die Emotionen *Angst* und *Trauer*: Beide wurden von T1 zu T2 zu T3 zu T4 und zu T6 immer angeeigneter und kontrollierbarer ausgedrückt. Lediglich zu T5 wiesen beide Emotionen schlechtere Werte in der *expliziten Mentalisierungsfähigkeit* auf, was aufgrund der sonst stetig ansteigenden Reihe

eventuell an den spezifischen Inhalten des Messzeitpunktes lag. Besonders positiv war die Entwicklung der *Trauer*. So beschrieb der Patient seine *Trauer* zu Beginn der Therapie fast ausschließlich als körperlichen Zustand – er fühlte sich „gelähmt“, er „kann nicht essen“ und „liegt nur herum“. Die Qualität des emotionalen Erlebens änderte sich hier stark – zwar wurde die *Trauer* auch zum Therapieende nicht als Emotion benannt, aber in Bildern ausgedrückt – es fühlte sich nun für den Patienten so an, als „würde man nicht vorkommen“ und die Welt erschien „finster“. Dieselbe Entwicklung zeichnete sich auch im *Adult Attachment Interview* ab. Neben der qualitativen Veränderung gewann die *Trauer* im *AAI* auch mengenmäßig an Bedeutung, der Patient sprach also häufiger von *traurigen Gefühlen*, was für einen besseren Zugang zu dieser Emotion sprechen könnte. *Angst* erlebte der Patient zunächst als etwas „von außen Kommendes“, das dadurch auch wenig kontrollierbar war – er witterte „Gefahr“ und verhielt sich deshalb „vorsichtig“. Er verspürte körperliche Aktivierung („nervös“). Zum Ende der Therapie wurde *Angst* sowohl als Emotion benannt, als auch auf verschiedene Weise als mentaler Zustand ausgedrückt – der Patient machte sich nun *Sorgen*, er fühlte sich „unter Druck“.

4.1.2 Patient 2

Patient 2 hatte zu Therapiebeginn folgende Diagnosen erhalten: *Sexueller Masochismus*, *Störung der Geschlechtsidentität* sowie eine *selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung*. Das Strukturniveau wurde als mäßig eingestuft. Die Therapie umfasste 450 Stunden und fand in der Regel dreistündig statt. Für die Auswertung liegen fünf Messzeitpunkte mit 290 *affektiven Einheiten* vor.

Verlauf der Affektmentalisierung in der Therapie 2

Abbildung 17 und 18 zeigen die *implizite* sowie die *explizite* Mentalisierung aller *angenehmen* und *unangenehmen Emotionen* im Zeitverlauf.

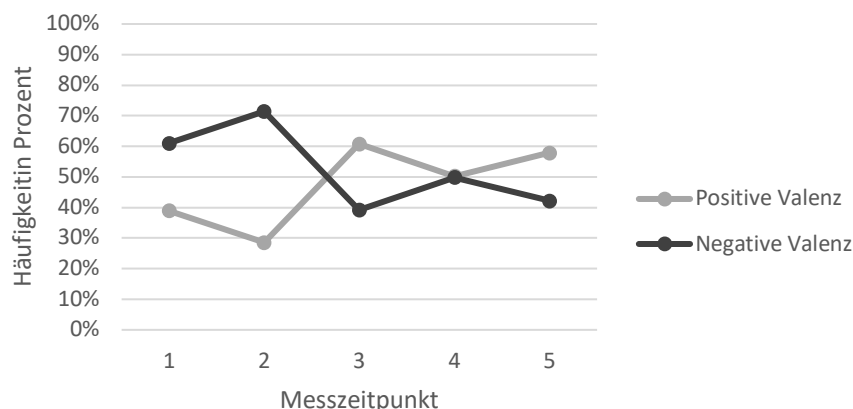


Abbildung 17: Patient 2 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf

Der Patient sprach bei Aufnahme der Therapie hauptsächlich über *unangenehme Emotionen*. Zum zweiten Messzeitpunkt erreichten die *negativen Gefühle* ihre stärkste Ausprägung – von zehn Gefühlsäußerungen waren sieben *unangenehm*. Im weiteren Verlauf änderte sich dieses Verhältnis: Ab dem dritten Messzeitpunkt äußerte der Patient mehr *angenehme Emotionen*, wobei diese zum dritten und zum fünften Messzeitpunkt mit je 60 Prozent deutlich überwogen, während sie zum vierten Messzeitpunkt mit den *unangenehmen Gefühlen* gleichauf waren.

Die *explizite Mentalisierung* wird in Abbildung 18 visualisiert.

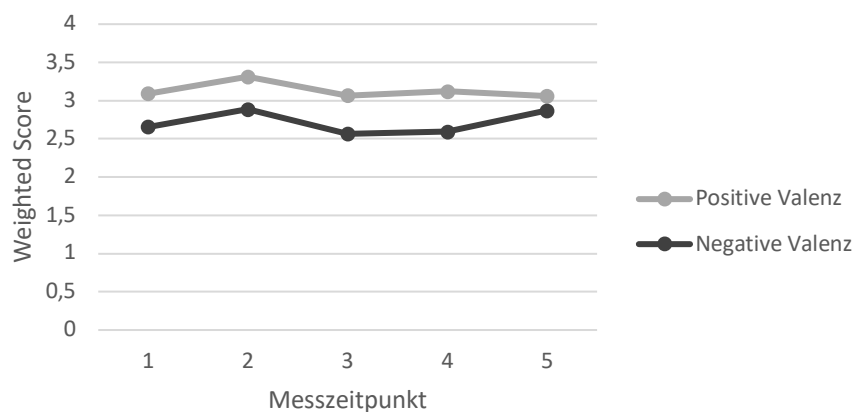


Abbildung 18: Patient 2 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf

In Bezug auf die *Qualität der Mentalisierung* kann festgestellt werden, dass die gewichteten Werte für die *unangenehmen Emotionen* zwischen Werten von 2,6 bis 2,9 variieren, was im Mittel für eine recht gute Aneignung der Gefühle spricht. Am besten mentalisierte der Patient seine *unangenehmen Gefühle explizit* zum zweiten Messzeitpunkt und zum Ende der Therapie. Der Ausdruck der *angenehmen Gefühle* war zur letzten Messung am „spontansten“, wobei hier angemerkt werden muss, dass diese

Gefühlskategorie insgesamt mit Werten zwischen 2,9 und 3,1 tendenziell recht angeeignet ausgedrückt wurde.

Auf klinisch besonders relevante *Emotionscluster* sowie die Einzelemotionen *Angst* und *Trauer* soll im folgenden Abschnitt eingegangen werden.

Abbildung 19 zeigt die *implizite Mentalisierung* des Patienten im Zeitverlauf.

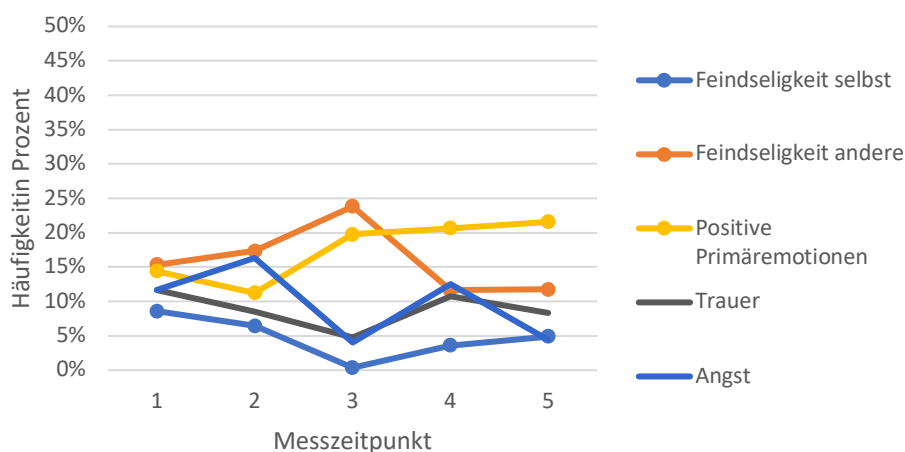


Abbildung 19: Patient 2 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) von Emotionsclustern sowie Trauer und Angst im Zeitverlauf

Zu den ersten drei Messzeitpunkten waren *feindselige Emotionen gegen andere* mengenmäßig die häufigste Emotionskategorie des Patienten, wobei angemerkt werden muss, dass auch diese mit 15 Prozent das Gefühlsleben nicht in hohem Ausmaß dominierten. Etwa gleichauf mit den *feindseligen Emotionen gegen andere* waren die *positive Primäremotionen*. Zu den letzten beiden Messzeitpunkten bezog sich etwa jede fünfte emotionale Aussage des Patienten auf *Interesse, Verlangen* oder *Freude* – die *positiven Primäremotionen* waren damit die häufigste Emotionskategorie. Zum zweiten und zum vierten Messzeitpunkt spielte die *Angst* des Patienten quantitativ eine bedeutsame Rolle in den Therapiesprachen.

Trauer sowie *feindselige Emotionen gegen sich selbst* waren ebenso Bestandteil des verbalisierten Gefühlslebens des Patienten, wobei *Ärger, Ekel* oder *Verachtung gegen sich selbst* zur Therapiemitte kurzzeitig verschwanden, dann aber wieder zunahm. Die *Trauer* war mit Prozentwerten zwischen 4 und 12 Prozent eine mengenmäßig meist bedeutsame Emotion, wenn man miteinbezieht, dass der Patient über ein recht facettenreiches Gefühlsleben berichtete. Genau wie *Angst* und *Feindseligkeit gegen sich selbst* erreichte sie zu T3 einen Tiefpunkt – hier dominierten klar *feindselige Emotionen gegen andere* sowie die *positiven Primäremotionen*.

Die *explizite Mentalisierung* der vorab dargestellten *Emotionscluster* sowie von *Trauer* und *Angst* wird in Abbildung 20 visualisiert.

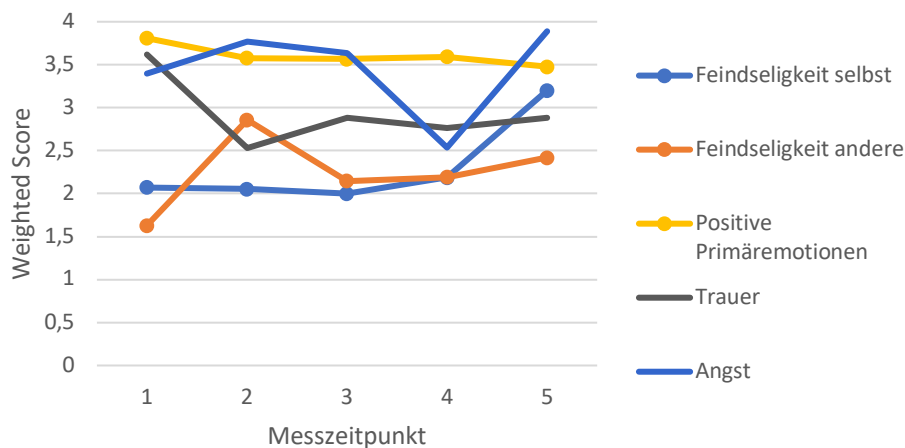


Abbildung 20: Patient 2 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) von Emotionsclustern, Trauer und Angst im Zeitverlauf

In Bezug auf die *explizite Mentalisierung* sticht bei Patient 2 ins Auge, dass die *positiven Primäremotionen*, *Trauer* und *Angst* sehr angeeignet und kontrolliert ausgedrückt wurden, vor allem zu Beginn der Therapie. Im Gegensatz zu diesen Werten verschafften sich *feindselige Emotionen gegen andere* eher spontan-impulsiv Ausdruck oder wurden als motorische Handlungen beschrieben.

Insgesamt sah man im Zeitverlauf viel „Bewegung“ in der Gefühlsverbalisation des Patienten. So wurde die *Angst* zum vierten Messzeitpunkt anders als bisher geschildert – spontaner, unkontrollierter, körperlicher und motorischer. *Feindselige Emotionen gegen sich selbst* wurden zum Therapieende hin angeeigneter ausgedrückt, was für eine Verbesserung in der Wahrnehmung dieser Gefühle spricht.

Im Folgenden sollen die einzelnen Emotionen aufgeschlüsselt werden. Die Abbildungen 21 und 22 visualisieren dabei zunächst die relativen Häufigkeiten (*implizite Mentalisierung*) der Gefühle zu den verschiedenen Messzeitpunkten.

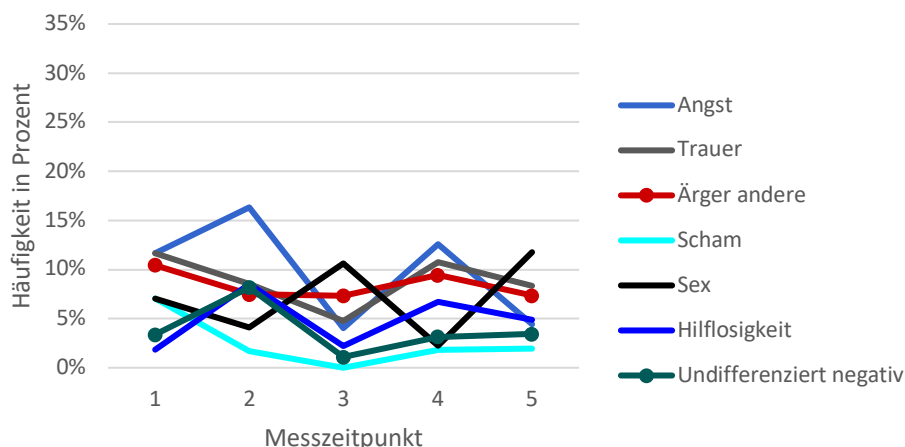


Abbildung 21: Patient 2 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

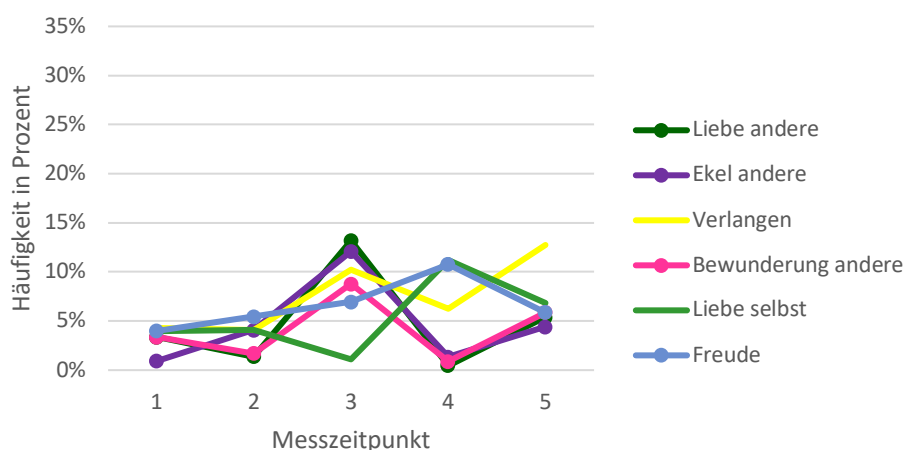


Abbildung 22: Patient 2 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

Wie sich bereits in den größeren Kategorien abgezeichnet hatte, gab es für den hier vorgestellten Patienten keine dominierenden Emotionen – er verfügte in Bezug auf seine *implizite Affektmentalisierung* über ein reiches Gefühlsleben. Neben *Trauer* und *Angst* spielten zu verschiedenen Messzeitpunkten *Sex*, *Scham*, *Ärger gegen andere* und *Hilflosigkeit* eine bedeutsame Rolle.

Aus der Darstellung der Valenzen wurde bereits ersichtlich, dass der Patient mit eher *unangenehmen Emotionen* die Therapie startete: Die häufigsten Affekte zu Therapiebeginn waren *Sex* sowie die vier negativen Affekte *Angst* (12 %) und *Trauer* (12 %), gefolgt von *Ärger gegen andere* (10 %) und *Scham*. Jede zweite emotionale Äußerung des Patienten hatte einen dieser Affekte zum Inhalt. Zum zweiten Messzeitpunkt verstärkte sich diese negative Tendenz: *Angst* war erneut die häufigste Emotion des

Patienten. Zirka jede sechste emotionale Äußerung (16 %) hatte *Angst* zu Inhalt, gefolgt von *Hilflosigkeit*, *Trauer*, *Ärger gegen andere* sowie *Freude*. *Sex* und *Scham* hatten hier inhaltlich an Relevanz eingebüßt. Ein Blick auf den Gesamtverlauf der einzelnen Emotionen zeigt, dass es bei der im vorigen Abschnitt diskutierten Kategorie *feindselige Emotionen gegen andere* vor allem um *Ärger gegen andere* sowie um *Ekel vor anderen* ging. Diese beiden Einzelemotionen traten jedoch in unterschiedlicher Art und Weise auf: Während *Ärger gegen andere* im Verlauf recht stabil und gleichbleibend geäußert wurde (um die 10 Prozent), erreichte *Ekel vor anderen* zum dritten Messzeitpunkt einen Höhepunkt. Zur gleichen Zeit beschäftigte sich der Patient auch mit *Liebe für andere* sowie *Bewunderung für andere* und *Sex*. Auffällig ist, dass die häufigsten Emotionen des Patienten einen starken Bezug zu einem Gegenüber aufweisen. Die Daten deuten dabei auch auf eine mögliche inhaltliche Verknüpfung hin: *Liebe für andere* sowie *Ekel* traten mengenmäßig im Zeitverlauf synchron auf. Zum vierten Messzeitpunkt war die Stimmungslage des Patienten wieder negativer geworden, insgesamt aber ausgewogen. Wie schon zum zweiten Messzeitpunkt dominierten erneut *Angst* (13 %), dieses Mal jedoch dicht gefolgt von *Liebe für sich selbst* (11 %), eine „neue“ Emotion des Patienten, die auch zum fünften Messzeitpunkt eine Rolle spielte und sich unter den häufigsten fünf Emotionen befand. Ähnlich wie zu Beginn der Therapie spielte *Sex* mit zirka 12 Prozent für den Patienten inhaltlich eine Hauptrolle, ebenso wie *Verlangen*, *Trauer* und *Ärger gegen andere*. Anders als zu Beginn der Therapie war die Gesamtzusammensetzung der Emotionen aber angenehmer geworden.

Abbildungen 23 und 24 zeigen, auf welche Art und Weise Patient 2 seine häufigsten Gefühle verbalisierte:

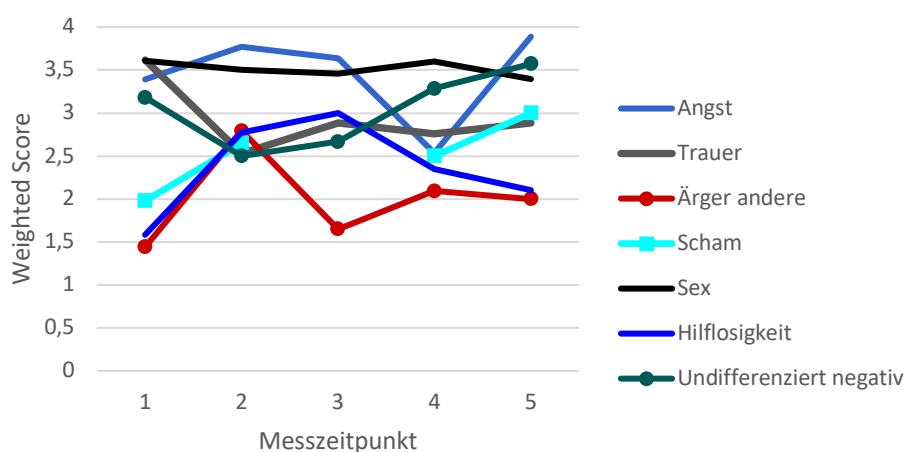


Abbildung 23: Patient 2 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

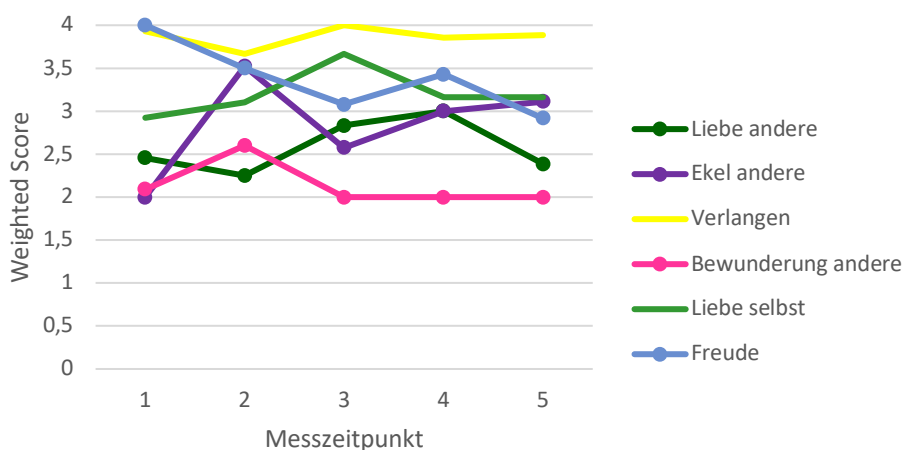


Abbildung 24: Patient 2 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

Ähnlich wie bei der *impliziten Mentalisierung* wies der Patient auch für die *explizite Mentalisierung* eine große Bandbreite im Affektausdruck auf. Auffällig ist, dass gerade zu Therapiebeginn einige Emotionen sehr angeeignet und kontrolliert ausgedrückt wurden – dies könnte für eine Art „Hypermentalisierung“ (Bolm, 2009, S. 46) sprechen und soll im Diskussionsteil genauer beleuchtet werden.

Im Folgenden soll zunächst auf die Entwicklung der häufigsten negativen Emotionen *Angst*, *Ärger gegen andere* und *Trauer* eingegangen werden, die mit Beispielen aus *Tabelle 5* unterlegt werden.

Trauer wurde zu Beginn der Therapie in einem sehr hohen Maße *explizit mentalisiert*. Das bedeutet, dass der Patient die Emotion meist als solche benannte, was auch aus den Beispielen hervorgeht: „*Ich bin traurig.*“, „*Es ist so dass ich da recht schnell traurig werd*“ usw. Der Wert sank zu T2 stark ab und wurde körperlicher und bildlicher ausgedrückt. So berichtete der Patient nun „*keine Energie mehr*“ zu haben und verwendete Bilder wie „*innere Verletzungen*“, um sein Innenleben zu beschreiben. In der Folge stieg der Mentalisierungswert wieder an und pendelte sich dann aber im Verlauf um einen *Weighted Score* von 3 ein.

Ähnlich wie die Emotion *Trauer* wurde auch *Angst* vom Patienten fast über die gesamte Therapie hinweg gleichbleibend hoch mentalisiert, also eher kontrolliert und verbal ausgedrückt bzw. „beim Namen“ genannt (siehe Beispiele). Auch hier ergab sich jedoch zum vierten Messzeitpunkt eine neue Flexibilität im Ausdruck.

Die Emotion *Ärger für Andere* wurde von dem Patienten zu Beginn der Therapie in einem sehr mäßigen Ausmaß mentalisiert. Der Wert von 1,4 deutet darauf hin, dass der Ärger im Mittel spontanen, eher

unkontrolliert oder mit starkem Fokus auf eine körperliche Aktivierung oder auf motorische Handlungen ausgedrückt wird („*sadistisch*“, „*Konfrontation*“). Anhand der Beispiele wird deutlich, dass meist anderen Personen die Ärgerhandlungen zugeschrieben wurden. Zum zweiten Messzeitpunkt stieg die *explizite Mentalisierung* stark an und wurde recht psychisch („*Sie trägt ihren Ärger nach außen*“). Ärger *gegen andere* pendelte sich dann im Verlauf um einen *Weighted Score* von 2 ein, was bedeutet, dass der Patient die Emotion im Mittel nicht als solche benannte. Der *Ekel vor anderen* wurde in der Eingangsmessung mit einem Wert von 2 auf einem eher spontanen, motorischen Niveau ausgedrückt und in Form von Handlungen beschrieben (z.B. „*aus dem Weg gehen*“). Die Emotion wurde im Verlauf jedoch kontrollierter und psychischer verbalisiert, mit einem Höhepunkt zu T2: „*Sie gefällt mir nicht so.*“, „*Ich mag das nicht*“.

Hilflosigkeit schien der Patient zu Beginn der Therapie eher als ein Gefühl mit wenig psychischer Qualität wahrzunehmen, er drückte es spontan und unkontrolliert aus. Gerade bei dem hier vorgestellten Patienten erweist sich jedoch ein Blick auf die Textpassagen als enorm wichtig, denn der Patient beschrieb die Emotion der *Hilflosigkeit* zu den ersten Messzeitpunkten nahezu ausschließlich im Kontext sexueller Handlungen („*gefesselt*“, „*ich kann mich nicht wehren*“ usw.). Die Auswertungsmethode von Lecours (2013) gibt jedoch vor, „das Sichtbare“ zu kodieren und nicht die angenommene sexuelle Erregung dabei - dieser Punkt wird in der kritischen Würdigung der Methode in Abschnitt 5.4 diskutiert. Dennoch kann festgehalten werden, dass die Emotion *Hilflosigkeit* im Verlauf etwas angeeigneter verbalisiert wurde. Zur letzten Messung hin nahm diese Qualität der *Mentalisierung* dann wieder ab, die Textbeispiele zeigen aber, dass sich die *Hilflosigkeit* aus dem sexuellen Kontext herausbewegt hat und nun auch in einem psychischen Kontext auftritt („*Ich weiß immer noch nicht wie ich mich verändern soll*“). Auch die eng mit der *Hilflosigkeit* verbundene Emotion *Scham* wird im Therapieverlauf qualitativ besser mentalisiert. So werden aus den Handlungsbeschreibungen „*schüchtern*“ oder „*sich nicht trauen, Frauen anzusprechen*“ schließlich bildlich-psychischere Verbalisierungen verwendet wie „*gehemmt*“, „*sich bloßgestellt fühlen*“. Zur letzten Messung wird die Emotion schließlich teilweise als solche benannt („*geschämt*“) bzw. im Kontext der Sexualität als ein „*sich schlecht fühlen*“ bezeichnet.

Bei einem Blick auf die positiv konnotierten Affekte kann festgehalten werden, dass der Patient keine Hemmungen hat, auf direkte Art und Weise über *Sex* zu sprechen. *Liebe für sich selbst* nimmt der Patient als eine eigene Emotion wahr, es ist ihm möglich, positive Entwicklungen bei sich selbst zu beschreiben. Bei der *Bewunderung für andere* zeigt sich insgesamt wenig Entwicklung. Der Patient beschreibt hier stets ideale Frauen, die „*schön*“ und „*konsequent*“ sind und „*wenig Fehler haben*“. Es kann bei einem *Weighted Score* um die 2 davon ausgegangen werden, dass der Patient sein eigenes Bedürfnis nach

Idealisierung seiner potentiellen Partnerin nicht als solches reflektiert und hinterfragt, sondern eher spontan seine Wünsche ausspricht.

Emotion	Messzeitpunkt	Wortlaut
Sex	T1	ich befasse mich jetzt so n bissl schon seit zwei Jahren mit dieser Sexualität , dann also er gibt mir dann erst mal sexuell , dass, mich das erregt (...) wir waren schon mal vorher zusammen haben uns dann aber getrennt eben wegen diesen sexuellen Neigungen , dass ich mit meiner Freundin so noch mal geredet habe über das Sexuelle
	T5	Mit meiner Sexualität; homosexuelle Phantasien ,
Scham	T1	dass ich dann mich nicht so traue , dann Frauen anzusprechen (...) ja ich war vielleicht ein bisschen schüchtern (...) ich bin wie ein Kind (Kontext)
	T2	Ich bin zu gehemmt (...) ich verstecke mich (...) ich fühle mich bloßgestellt (...) dass ich mich blamiere
	T5	Ich habe mich dann so geschämt , danach habe ich mich ganz schlecht gefühlt (Kontext Sexualität)
Ärger gegen andere	T1	Überreagieren (...) sadistische Frauen (...) die anderen waren aufsässig, (die Angst vor) Kritik , (Angst vor) Konfrontation
	T2	Das war ein Angriff , sie trägt ihren Ärger nach außen
Angst	T1	Ich hab Angst gehabt vor Erwachsenen, wo ich dann eher Angst hab, ich hab mich nicht getraut, war schon als Kind ängstlich
	T4	Dann ist die Gefahr , es ist stressig , es stresst mich , die Unsicherheit
Trauer	T1	Ich bin teilweise traurig (...) Es ist so dass ich da recht schnell traurig werd (...) ich hab ne richtige Krise bekommen
	T2	Ich habe gar keine Energie mehr (...) Es ist so als ob ich innere Verletzungen in mir trage (...) Ich war ganz niedergeschlagen , ich war nicht mehr in der Lage, noch rauszugehen
	T4/T5	Es ist so die Einsamkeit (...) dass ich da so viele Sachen auf dem Herzen habe , dass es mich manchmal belastet
Ekel vor anderen	T1	Ich bin dem dann aus dem Weg gegangen ; so dass man sich absondert
	T3	Sie gefällt mir nicht so (...) Das ist dann so ein Abwehrverhalten (...) es passt nicht zu mir. Nee! Das passt gar nicht! (Kontext)
		Ich möchte das nicht mehr, Ich brauche das nicht mehr, ich wollte es einfach nicht
Bewunderung für andere	T3	Und- und da stelle ich mir auch vor, dass dann die Frau das ganz konsequent macht und total gut aussieht (...) Dass sie weniger Fehler hat (...) Ich will eine Schönere haben
Liebe selbst	T4/T5	Es ist ja auch so, dass ich mich schon positiv verändert habe (...) das klappt (Kontext) Ich kann das (Kontext) Ich bin zufriedener (...) Ich dachte, ich probiers jetzt einfach mal
Hilflosigkeit	T1	Ich stell mir vor dass ich gefangen bin, mich nicht wehren kann.
	T3	Ich bin so abhängig davon, Ich bin ihr Sklave (mehrfach)
	T5	Dass ich gefesselt bin (...) ich dachte dass ich es nie schaffe, ich weiß immer noch nicht wie ich mich verändern soll (Kontext)

Tabelle 5: Emotionale Aussagen von Patient 2 im Wortlaut

Verlauf der Affektmentalierung im AAI (Patient 2)

Die drei AAI von Patient 2 enthielten 625 *emotionale Ausdrücke*. Aus der Grafik zur *impliziten Affektmentalierung* wird deutlich, dass der Patient im AAI zu allen Messzeitpunkten verhältnismäßig viel *Ärger gegen andere* verbalisierte:

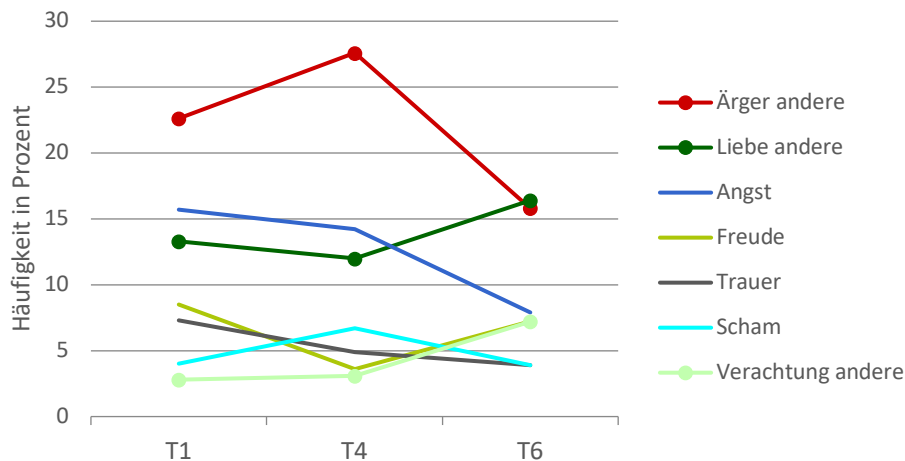


Abbildung 25: Patient 2 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf

Etwa jede vierte Emotion war zu den ersten beiden Messzeitpunkten *Ärger gegen andere*. Die Rangfolge *Ärger gegen andere*, *Angst* und *Liebe für andere* war zu den ersten beiden Messzeitpunkten gleich. Eine deutliche Veränderung trat zum letzten Messzeitpunkt ein. *Ärger gegen andere* und *Liebe für andere* wurden nun gleich häufig verbalisiert. *Angst* hatte während der letzten Messung deutlich an Relevanz eingebüßt. Insgesamt waren die Inhalte des *Adult Attachment Interviews* zum mittleren Messzeitpunkt am *negativsten*, zum letzten Messzeitpunkt erschienen die Kindheitsschilderungen des Patienten in Bezug auf die Emotionszusammensetzung am *positivsten*.

Die Aneignung, Kontrollierbarkeit und Innerlichkeit der häufigsten Affekte (*explizite Mentalisierung*) wird in folgender Abbildung visualisiert:

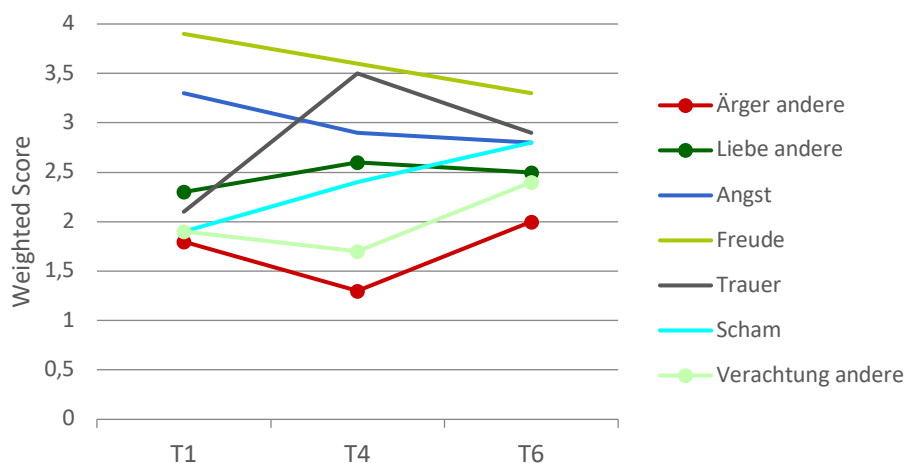


Abbildung 26: Patient 2 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf

Vergleicht man die Eingangsmessung mit der Endmessung gelang es dem Patienten zum letzten Messzeitpunkt die Emotionen *Ärger gegen andere*, *Verachtung für andere*, *Scham* und *Trauer* angeeigneter auszudrücken. *Angst* und *Freude* wurden im Verlauf etwas spontaner ausgedrückt.

Zusammenfassung und Diskussion (Patient 2)

Der Therapieverlauf des Patienten ist aus Sicht der *impliziten* und *expliziten* Mentalisierung tendenziell als positiv zu bewerten. Der Patient wies sowohl hinsichtlich seiner *expliziten* als auch seiner *impliziten* Affektmentalisierung im gesamten Verlauf eine recht große Flexibilität auf.

Zu Beginn der Therapie äußerte Patient 2 mehr *unangenehme* als *angenehme Emotionen*, was vermutlich für den Zeitpunkt des Therapiebeginns typisch ist und sich nach 80 Therapiestunden noch weiter verschlechtert hatte. Im Verlauf der Therapie wurde der emotionale Tenor dann deutlich positiver. Zu den letzten drei Messzeitpunkten überwogen die *positiven Emotionen* bzw. das Erleben von *angenehmen* und *unangenehmen Emotionen* war ausgeglichen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass es dem Patienten im Verlauf der Therapie besser ging und sich seine Stimmung aufgehellt hat. Dies zeigte sich auch in der Zusammensetzung der fünf häufigsten Emotionen: Dominierten zu Beginn vier negative Emotionen (*Angst*, *Trauer*, *Ärger*, *Scham*) sowie *Sex* das affektive Leben des Patienten, war zu T2 noch wenig Veränderung zu sehen – alleine die *Scham* wurde von *Hilflosigkeit* abgelöst. Theoretisch wäre es gut vorstellbar, dass diese Affekte miteinander in Verbindung stehen. So kann zum Beispiel *Scham* aus der *Hilflosigkeit* resultieren, wenn man die Ursachen der *Hilflosigkeit* eigener Unfähigkeit zuschreibt. Aus den Beispielen des Therapieverlaufs wurde jedoch deutlich, dass für diesen Patienten Beschreibungen von *Hilflosigkeit* eher seinen sexuellen Vorlieben zuzuordnen sind. Ein großer Wandel vollzog sich emotional zur Therapiemitte hin, ab der die *angenehmen Emotionen*

überwogen. Mit *Liebe für Andere*, *Ekel vor anderen*, *Verlangen*, *Sex* sowie *Ärger gegen andere* rückten Beziehungsaspekte, Anziehung und Abstoßung thematisch in den Mittelpunkt der Therapie. Der Patient war dabei in seinen Emotionsverbalisierungen in hohem Ausmaß auf ein Gegenüber bezogen. Zum vierten Messzeitpunkt wies die innere Welt des Patienten mehr Selbstbezug auf und war emotional angenehmer: *Liebe für sich selbst* war neu in der Liste der häufigsten Emotionen. Zum Therapieende waren die Emotionen erneut anders zusammengesetzt und präsentierten sich in einer recht ausgewogenen Mischung: Der Patient benannte nun sowohl Gefühle mit starkem Eigenbezug als auch mit Bezug zum Gegenüber (*Liebe für sich selbst*, *Freude* und *Verlangen*; aber auch *Sex*, *Trauer* und *Ärger gegen andere*).

Einen eher niedrigen Eingangswert in der *expliziten Mentalisierung* wiesen die Emotionen *Ärger gegen andere* und *Ekel vor anderen* auf. Beide Emotionen, insbesondere *der Ekel vor anderen* wurden im Verlauf vermehrt als eigenes, emotionales Erleben beschrieben, wobei diese Entwicklung nicht konstant verlief. Das sehr schmerzhaftes Gefühl der *Scham* zeigte als einziges Gefühl eine „gradlinige“ Entwicklung: Sowohl im Verlauf der AAI als auch im Therapieverlauf gelang es dem Patienten immer besser, diese Emotion kontrollierter und angeeigneter auszudrücken.

Für die Entwicklung im AAI fällt auf, dass die Berichte über die Kindheit des Patienten während des analytischen Prozesses (also zum mittleren Messzeitpunkt) am negativsten waren. Zum letzten Messzeitpunkt berichtete der Patient dann über viel *Liebe für andere* und *Ärger gegen andere*. *Angst* hat im Verlauf deutlich abgenommen. *Trauer* spielte mengenmäßig keine übermäßige Rolle in den berichteten Kindheitserinnerungen des Patienten, kann aber im Vergleich zur Eingangsmessung im AAI sehr viel differenzierter wahrgenommen werden.

4.1.3 Patientin 3

Die Patientin hatte zu Therapiebeginn folgende Diagnosen erhalten: Eine *mittelgradige depressive Episode*, eine *undifferenzierte Somatisierungsstörung* sowie eine *selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung*. Das Strukturniveau wurde als mäßig eingestuft. Die Therapie umfasste insgesamt 300 Stunden. Es liegen vier Messzeitpunkte vor, aus denen 431 *affektive Einheiten* extrahiert wurden.

Verlauf der Affektmentalisierung in Therapie 3

Die Abbildungen 27 und 28 zeigen die *implizite* sowie die *explizite Mentalisierung* aller *angenehmen* und *unangenehmen Emotionen* im Zeitverlauf. Dabei fällt auf in Bezug auf die *implizite Mentalisierung* auf, dass die Stimmung der Patientin im Verlauf der Therapie immer *unangenehmer* wurde.

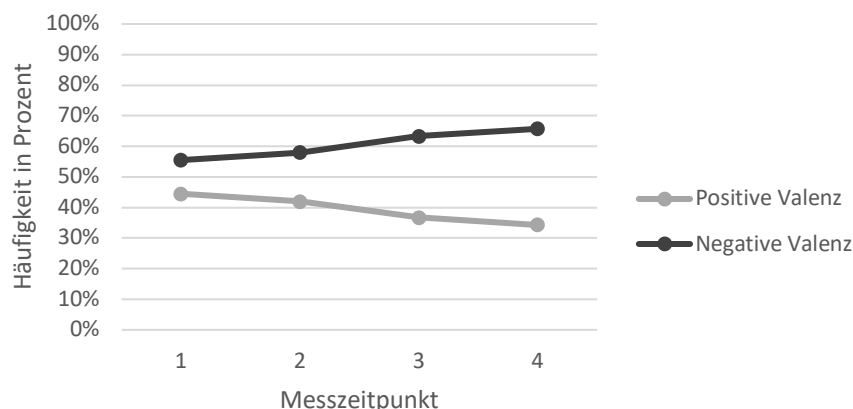


Abbildung 27: Patientin 3 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf

Während die emotionale Zusammensetzung zu Beginn der Therapie eher noch ausgewogen war und eine leichte Tendenz zum *unangenehmen* aufwies, waren gegen Ende der Therapie zwei Drittel aller Gefühlsbekundungen negativer Art.

In Bezug auf die *explizite Mentalisierung* war insgesamt wenig Veränderung sichtbar. Abbildung 28 visualisiert die Entwicklung im Zeitverlauf.

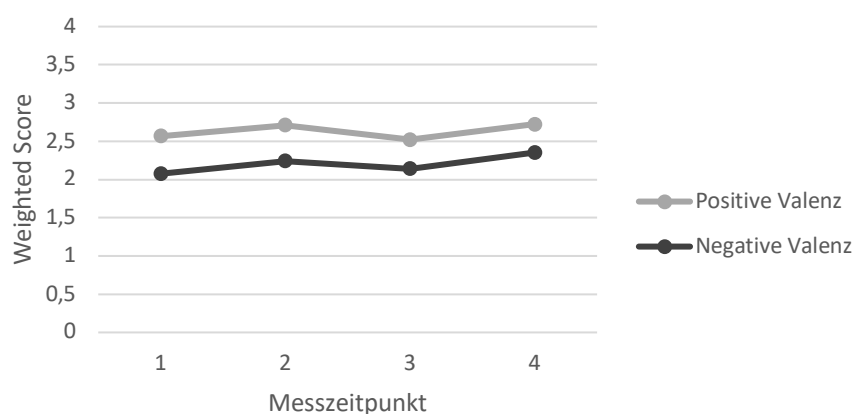


Abbildung 28: Patientin 3 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf

Die gewichteten Werte für die *unangenehmen Emotionen* variierten zwischen Werten von 2,1 bis 2,4. Damit mentalisierte die Patientin ihre *negativen Gefühle* zum Therapieende hin zwar etwas angeeigneter und weniger körperlich-motorisch als zu den vorherigen Messzeitpunkten, sie blieb jedoch dennoch im Mittel eher bei einer spontanen Ausdrucksweise.

Im Folgenden werden bedeutsame *Emotionskategorien* sowie die für den therapeutischen Verlauf als essentiell angesehenen Emotionen *Angst* und *Trauer* für die verschiedenen Messzeitpunkte dargestellt. Abbildung 29 zeigt die zunächst die *implizite Mentalisierung*.

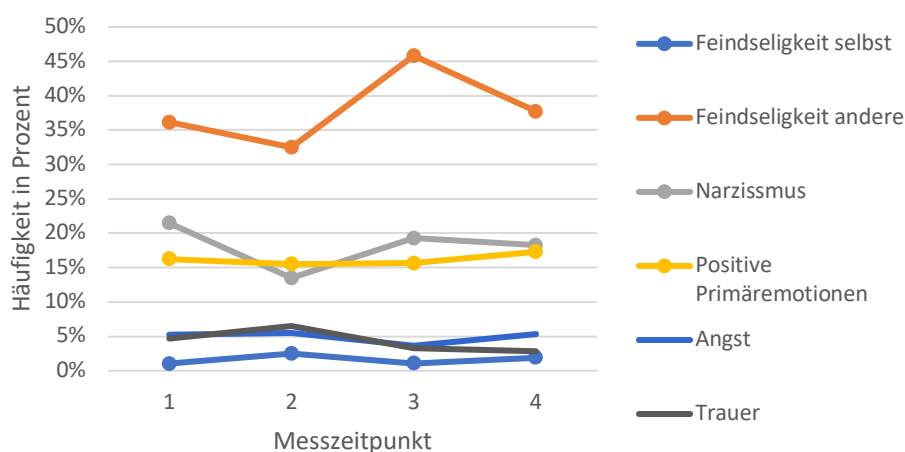


Abbildung 29: Patientin 3 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) von Emotionsclustern sowie Trauer und Angst im Zeitverlauf

Für die hier dargestellte Patientin wird deutlich, dass ihre emotionale Welt während der Therapie hauptsächlich aus *feindseligen Emotionen gegen andere* bestand. Etwa jede zweite bis dritte emotionale Äußerung hatte *Ärger, Ekel* oder *Verachtung gegen andere* zum Inhalt. *Feindselige Emotionen gegen andere* wurden zu jedem Messzeitpunkt am häufigsten geäußert. Nahezu ohne Veränderung bestand ein eher geringes Grundniveau an *Interesse, Verlangen* und *Freude (positive Primäremotionen)*. Nur etwa jede zehnte emotionale Äußerung im Therapieverlauf hatte *Trauer* oder *Angst* zum Inhalt. Beide Emotionen prägten das Erleben der Patientin also nicht in großem Ausmaß. Auch hier ist wenig Veränderung im Zeitverlauf sichtbar. *Feindselige Emotionen gegen sich selbst* waren mengenmäßig eher unbedeutend und stiegen nie über fünf Prozent.

Bei der *expliziten Mentalisierung* zeigten sich etwas mehr Veränderungen im Verlauf (Abbildung 30).

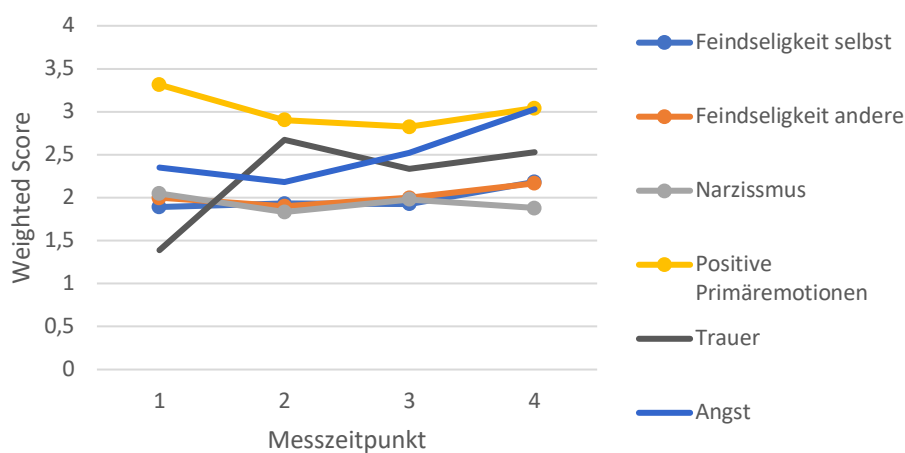


Abbildung 30: Patientin 3 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) von Emotionsclustern, Trauer und Angst im Zeitverlauf

Eine sichtbare Entwicklung in der *expliziten Mentalisierung* durchliefen vor allem die einzelnen Emotionen *Angst* und *Trauer*. Beide wurden im Therapieverlauf im Vergleich zur Eingangsmessung in einem beträchtlichen Ausmaß angeeigneter, kontrollierter oder bewusster verbalisiert, auch wenn es sich hierbei um keine stetige Entwicklung handelte. *Feindselige Äußerungen gegen andere* genauso wie *feindselige Emotionen gegen sich selbst* wurden ohne größere Veränderung über alle Messzeitpunkte hinweg auf einem eher spontan-impulsiven Niveau ausgedrückt.

Nach diesem groben Überblick widmet sich der folgende Abschnitt den einzelnen Emotionen. Die folgende Grafik zeigt die relative Häufigkeit der häufigsten Affekte im Zeitverlauf.

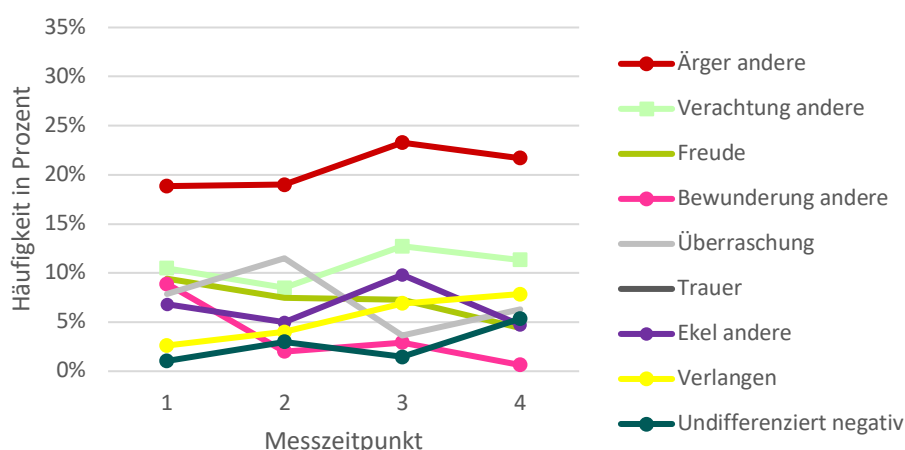


Abbildung 31: Patientin 3 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

Auch in Hinblick auf die einzelnen Emotionen zeigt sich, dass die mengenmäßige Zusammensetzung der affektiven Welt der Patientin über die Messzeitpunkte hinweg recht gleichbleibend war. Neun Affekte dominierten ihr Erleben, davon waren vier Affekte *positiv* (*Freude*, *Verlangen*, *Überraschung* und *Bewunderung für Andere*), fünf waren *negativ* (*Ärger*, *Verachtung* und *Ekel in Bezug auf andere* sowie *Trauer* und die Restkategorie „undifferenziert negativ“).

Zu allen Messzeitpunkten war *Ärger gegen andere* der häufigste Affekt, im Durchschnitt hatte jede fünfte bis vierte affektive Äußerung der Patientin diese Emotion zum Inhalt. Sie lieferte also den durchgehend den größten Anteil an *feindseligen Emotionen gegen andere*. *Trauer* wurde zu allen Messzeitpunkten verbalisiert, überschritt jedoch nur zum zweiten Messzeitpunkt die fünf Prozent Marke und sank im Verlauf wieder ab. *Bewunderung für andere* war zu Therapiebeginn noch die dritthäufigste Emotion der Patientin, sie verlor jedoch im Therapieverlauf zunehmend an Bedeutung,

zum letzten Messzeitpunkt wurde *Bewunderung für Andere* kaum mehr geäußert. *Überraschung* spielte über alle Messzeitpunkte hinweg eine große Rolle. Auch *Freude* gehörte zu mehreren Messzeitpunkten zu den häufigeren Emotionen. Im Verlauf der Therapie sank diese Emotion jedoch von 10 Prozent auf 5 Prozent ab.

Im Folgenden wird die Entwicklung der *expliziten Mentalisierung* für die dominanten Emotionen aufgezeigt (Abbildung 32).

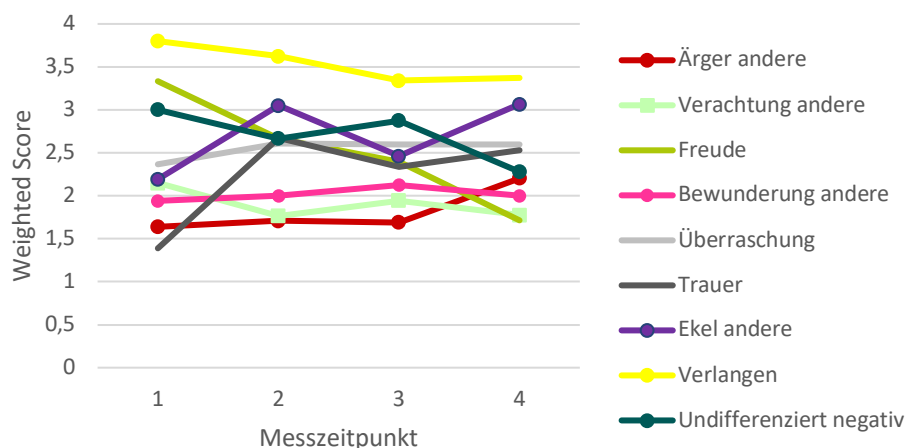


Abbildung 32: Patientin 3 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

Die häufigste Emotion *Ärger gegen Andere* wurde von der Patientin zu Beginn der Therapie in einem sehr mäßigen Ausmaß mentalisiert. Der Wert von 1,6 deutet darauf hin, dass der *Ärger* im Mittel körperlich-motorisch ausgedrückt oder auf einem sehr spontanen, eher unkontrollierten Niveau verbalisiert wurde. Die Beispiele zeigen, dass für die hier dargestellten Patientin beides zutraf: Spontane Aussagen wie „dann hab’ mich doch gern“ wechselten sich ab mit der Beschreibung von motorischen Handlungen „Es gab Krach, man schnautzt sich an.“ Der Ausdruck des *Ärgers gegen andere* war über die ersten drei Messzeitpunkte hinweg recht gleichbleibend, zu Messzeitpunkt 4 gab es jedoch einen Sprung in der *expliziten Mentalisierung* (Weighted Score 2,3): Zum Ende der Therapie hin wurde die Emotion also etwas angeeigneter und kontrollierter ausgedrückt. Die Beispiele zeigen, dass der *Ärger* nun teilweise benannt wurde „werd mir auch irgendwo den Ärger mal so ein bisschen von der Seele schreiben“, was den Weighted Score anhebt, wobei dennoch die meisten Aussagen im eher spontanen Ausdruck verblieben (siehe Tabelle 6).

Ähnlich *explizit mentalisiert* wie der *Ärger* war auch die *Verachtung für andere*. Auch der Ausdruck dieser Emotion bewegte sich im Verlauf im Spektrum des angeeignet Somatisch-Motorischen oder moduliert Impulshaften, bei dem die Person zwar eine gewisse Kontrolle über den Affektausdruck behält, die

Emotion jedoch tendenziell eher „ausgestoßen“ wird (*Weighted Score* zwischen 1,8 und 2,1). Die Beispiele zeigen, dass die Patientin ihre *Verachtung* vor allem spontan verbal ausdrückte: „Tja, Pech gehabt. Armes Würstel.“ In der *Triade der Feindseligkeit* entwickelte sich *Ekel* zur angeeignetsten Emotion, sie wurde zum zweiten und insbesondere zum letzten Messzeitpunkt hin mit einem *Weighted Score* von 3,1 im Mittel als tolerierbarer Affekt mit einer Tendenz zur Externalisierung ausgedrückt: Aussagen wie „Mir graust schon davor...“, „Ich mag das nicht.“ hatten hier eher motorische Beschreibungen einer Wegbewegung abgelöst („nicht mehr kommen“, „Hinter-sich-bringen“).

Die Emotionen *Überraschung* und *Bewunderung für andere* zeigten im Verlauf kaum Veränderung in ihrer *expliziten Mentalisierung*. Die Textbeispiele für *Bewunderung für andere* zeigen, dass sich die hier vorgestellte Patientin einerseits als Objekt der Bewunderung anderer beschrieb, andererseits auch andere bewunderte (siehe *Tabelle 6*).

Generell kann bei gleichbleibender *Mentalisierung* vermutet werden, dass bestimmte Ausdrücke stereotyp verwendet werden und sich wiederholen. Das traf bei der hier vorgestellten *Patientin 3* vor allem für die Emotion *Überraschung* zu. Hauptcharakteristikum der Emotion *Überraschung* ist ein allgemeines „Hochfahren“ sowie ein „Öffnen der Kanäle“ (Izard, 1981), um eine Person darauf vorzubereiten, dass etwas Neues kommt. Es geht hierbei also häufig eher um eine Art der Aktivierung als um spezifische Inhalte – so auch bei der Patientin: Die Beispiele zeigen, dass es sich am ehesten um eine Art des Sprechens handelte („Boah, Hä“).

Freude wurde über die Messzeitpunkte hinweg spontaner und unkontrollierter ausgedrückt, der Wert fiel von einem recht angeeigneten, kontrollierten Ausdruck (*Weighted Score* 3,3) auf ein spontanes Niveau ab (*Weighted Score* 1,7). Die folgende Tabelle verdeutlicht mit ausgewählten Beispielen die Veränderungen oder das Persistieren bei der *expliziten Mentalisierung* von einigen klinisch relevanten Emotionen:

Emotion	Messzeitpunkt	Wortlaut
Ärger	T1	und dann kam ich ziemlich entnervt (...) ja das hast du dir selber ausgesucht dann muss du dich nicht beschweren (Kontext) ... das hat Krach gegeben (...) du machst jetzt dieses, du machst jetzt jenes (...) dann hab' mich doch gern (...) dann hat man sich vielleicht mal angeschnauzt
	T4	dass ich dann immer so massiv erst werden muss (...) werd mir auch irgendwo den Ärger mal so ein bisschen von der Seele schreiben (...) „Na, du bist ne tolle Freundin“ (...) Das hab ich ihr knallhart so gesagt.
Trauer	T1	Mir fallen, fallen mir fast die Augen zu (Kontext) da saß ich heulend am Telefon (...) was mich wirklich da krank gemacht hat über Wochen (...) also das hat sehr an mir gefressen .
	T4	Aber unterm Strich bin ich jetzt super enttäuscht von dieser Reaktion von ihr (...) das verletzt mich das schon (...) find ich das dann Schade (...) Mir tut es aber irgendwo dann auch Leid

Angst	T1	so ein bisschen wie die rohen Eier (...) die Worte auf die Goldwaage (...) oh Gott oh Gott (Kontext) zum Beispiel den Stress
	T4	Das ist grauenhaft (...) Dann bin ich natürlich schon wie so ein Häufchen in mir zusammen gesackt (Kontext) (...) Ich habe einfach nur Angst. (...) Ich befürchte
Verachtung andere	T1	da sage ich ja spinnt er denn (...) das war völlig banal (Kontext) ... das war es gar nicht mal Wert (Kontext) (...) das war irgendeine blöde Diskussion (...) ich füttere ihn dann auch ein bisschen mit Brocken
	T4	Tja, Pech gehabt (Kontext). ... Dann wird eben gemobbt... Ich habe dann einfach gelacht (Kontext)... wenn man sich einmal dieser Gehirnwäsche unterzogen hat (Kontext) hat ... ein armes Würstel
Überraschung	T1	aber boah (...) völlig entgeistert (...) dann oh Gott (...) und schau ihn mit solchen Augen an
	T4	Oh Gott Oh Gott (...) ich fress` nen Besen (...) Seltsam (...) Das war ne Überraschung (...) Hä? (Kontext)
Ekel vor anderen	T1	Nee! (Kontext) ... er ist schon nur ganz widerlich aufgestanden (...) ich tue es in der Art dass ich einfach überhaupt nicht mehr komme. (Kontext) nur so ein ein Es-hinter-sich-bringen (Kontext)
	T4	Mir graust schon davor ihn wieder anzurufen (...) Gut, dass ist ein Kontakt, den kann ich gleich in den Müll schmeißen (...) das mag ich nicht
Bewunderung für andere	T1	Ich bin seine erklärte Lieblingstochter , Er guckt mich an mit großen Augen (Kontext), Er zauberte noch wirklich seine besten Weine aus dem Keller, Das sind die Tricks von meinem Papa (Kontext)

Tabelle 6: Emotionale Aussagen von Patientin 3 im Wortlaut

Verlauf der Affektmentalierung im AAI (Patientin 3)

In der folgenden Grafik werden die *relativen Häufigkeiten* der dominanten Affekte im AAI dargestellt.

870 *affektive Einheiten* lagen für die Auswertung vor.

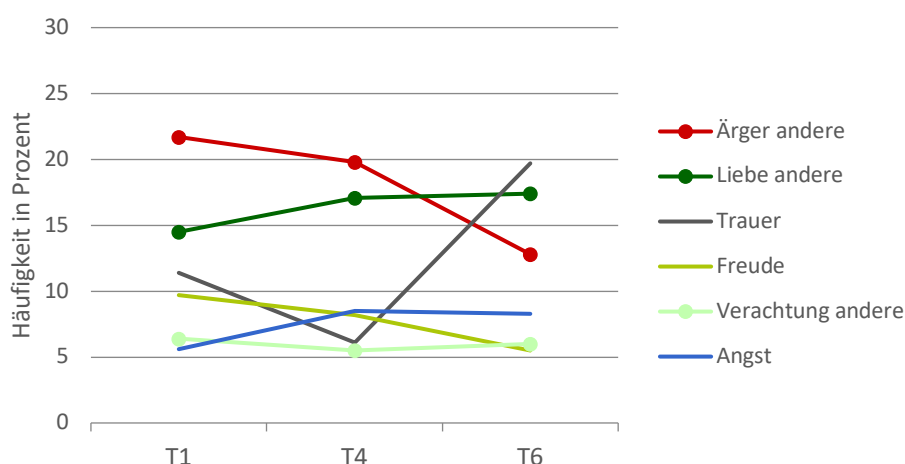


Abbildung 33: Patientin 3 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf

Die Zusammensetzung der häufigsten fünf Affekte war über die drei Messzeitpunkte gleichbleibend. Für die Patientin charakterisierten die Emotionen *Ärger gegen Andere*, *Liebe für Andere*, *Trauer*, *Freude* und

Angst ihre verbalisierten früheren Bindungserfahrungen. *Ärger gegen andere* war zu den ersten beiden Messzeitpunkten die häufigste Emotion, mit über 20 Prozent bezog sich jede fünfte emotionale Äußerung des Patienten auf dieses Gefühl. An zweiter Stelle berichtete die Patientin von der Emotion *Liebe für andere*, sie stieg im Verlauf der AAls leicht an. Die größte Veränderung im Zeitverlauf war bei der Emotion *Trauer* zu beobachten: Sie sank vom ersten auf den zweiten Messzeitpunkt von elf auf sechs Prozent ab, war aber zum letzten Messzeitpunkt mit 20 Prozent die häufigste Emotion und löste damit den *Ärger gegen andere* ab. Während die Patientin im Zeitverlauf relativ gesehen mehr *Angst* äußerte bzw. erinnerte, nahm zeitgleich die von ihr berichtete *Freude* einen geringeren Raum ein.

Die Entwicklung der *expliziten Mentalisierung* für die dominanten Emotionen im AAI zeigt Abbildung 34:

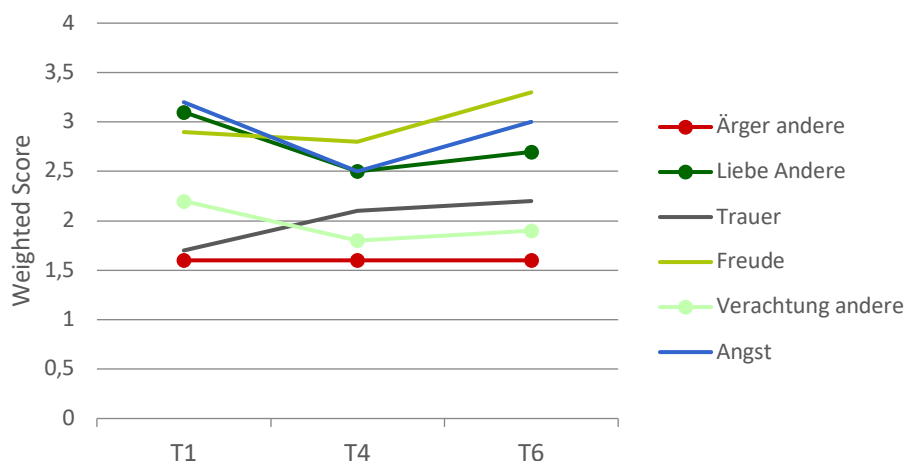


Abbildung 34: Patientin 3 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf

Ärger gegen andere wurde mit einem durchschnittlichen Wert von 1,6 vermutlich hauptsächlich auf einer motorischen Ebene oder einer spontanen verbalen Ebene ausgedrückt. *Angst, Freude und Liebe für andere* wurden mit Werten zwischen 2,5 und 3,2 auf einem relativ angeeigneten Niveau ausgedrückt mit Tendenz zur Externalisierung. Alle drei Emotionen sackten zum mittleren Messzeitpunkt etwas nach unten ab und waren zum letzten Messzeitpunkt dem Ausgangsniveau ähnlich. Die deutlichste Entwicklung konnte bei dem Affekt *Trauer* verzeichnet werden: Sein *expliziter Mentalisierungswert* stieg über die Zeit hinweg von 1,7 auf 2,2 und bewegte sich damit in einen etwas angeeigneteren Bereich.

Zusammenfassung und Diskussion Patientin 3

Der Therapieverlauf der Patientin 3 ist aus Sicht der *impliziten* und *expliziten Mentalisierung* –mit kleineren Ausnahmen- eher als negativ zu bewerten. Die Patientin berichtete im Zeitverlauf immer mehr über *unangenehme Emotionen*, die – bis auf wenige Ausnahmen- auch nicht angeeigneter oder

kontrollierter ausgedrückt wurden. Zum Therapieende hin war ihre Stimmung schlechter als zu Beginn der Therapie.

Im Therapieverlauf war eine recht gleichbleibende Zusammensetzung von primär negativen, *feindseligen Emotionen in Bezug auf andere* Menschen zu beobachten, die zum Ende der Therapie sogar ausgeprägter war als zu Beginn. Hauptsächlich äußerte die Patientin *Ärger gegen andere* und *Verachtung für andere*. Gleichzeitig verblieben auch diese Emotionen im Mittel auf einem eher spontanen Niveau und wurden nicht als eine dem eigenen Innenleben zugeordnete, gehaltene psychische Erfahrung beschrieben. Dennoch muss festgehalten werden, dass zum Therapieende hin *Ärger gegen andere* etwas angeeigneter und kontrollierter ausgedrückt wurde als zu Beginn: Die Äußerungen wiesen im Mittel einen größeren Bezug zum mentalen auf. Zwar beschreibt z.B. „*massiv werden*“ (T4) immer noch Handlungsweisen, jedoch ist der Ausdruck abstrakter und mehr auf das eigene Ich als Initiator der Handlungen bezogen als beispielsweise ein Ausdruck wie „*Das gab Krach*“. Dennoch ließ die Datenlage Rückschlüsse darauf zu, dass der Patientin -mit wenigen Ausnahmen- im Sinne einer kathartischen Entladung über die gesamte Therapie hinweg „vor sich herschimpfte“ und andere abwertete. Diese schimpfende und abwertende Tendenz zeigte sich auch im AAI. Quantitativ war *Ärger gegen andere* die häufigste Emotion zu den ersten beiden Messzeitpunkten. Qualitativ wurde der *Ärger* zugleich auf identische Art und Weise ausgedrückt, was an ein „abspielbares“ Programm erinnert. *Ärger gegen andere* wurde zu den ersten beiden Messzeitpunkten im AAI von der Emotion *Liebe für andere* begleitet. Auffällig erscheinen hierbei die unterschiedlichen *expliziten Mentalisierungswerte*: Die Patientin scheint *Liebe* als Emotion eher direkt zu benennen (im Vergleich zum *Ärger*). Andererseits wurden wohl in Bezug auf Handlungen hauptsächlich *Ärgerepisoden* geschildert (*geringe explizite Mentalisierung*).

In der *Triade der Feindseligkeit* bildete die Emotion *Ekel vor anderen* im Therapieverlauf eine Ausnahme, sie konnte zwischenzeitlich im Mittel als etwas erlebt werden, was klar dem eigenen Innenleben zugeordnet werden konnte (z.B. „*Ich mag es nicht*“ zum Messzeitpunkt 4). Diese Entwicklung ist positiv zu werten.

In der Gesamtzusammensetzung der Emotionen und ihrer *expliziten Mentalisierung* entstand der Eindruck einer sehr „aktivierten“ Person, was sich auch durch das häufige Äußern von *Überraschung* zeigte. An den Beispielen wurde deutlich, dass es sich bei der *Überraschung* um eine bestimmte Art zu sprechen handelte („*Boah*“, „*Oh Gott*“). Es mag es sich hierbei um eine Art der Selbstregulierung handeln, um weniger aktivierende Emotionen wie *Trauer*, *Hilflosigkeit* oder *Scham* zu überdecken.

Die *Trauer* spielte bei *Patientin 3* mengenmäßig keine besondere Rolle. Mit knappen sechs Prozent erreichte zum zweiten Messzeitpunkt ihren Peak (*explizit* und *implizit*), das heißt, die Emotion war als solche sowohl quantitativ am präsentesten als auch für die Patientin am stärksten als Gefühl wahrnehmbar. Tatsächlich war zugleich die *Triade der Feindseligkeit* bestehend aus *Ärger*, *Ekel* und *Verachtung* zum zweiten Messzeitpunkt am geringsten ausgeprägt (quantitativ), das heißt, nie schimpfte bzw. wetterte die Patientin weniger als zu diesem Zeitpunkt. Es könnte sein, dass hier kurzfristig ein Trauerprozess angestoßen wurde, der jedoch – der Datenlage nach zu urteilen- vielleicht nicht fortgeführt wurde. Vielmehr kam es nach dem zweiten Messzeitpunkt zu einer verstärkenden Tendenz, Andere abzuwerten und sich zu distanzieren. Die *Trauer* wurde zwar anschließend angeeigneter ausgedrückt, kam jedoch mengenmäßig kaum mehr vor.

4.1.4 Patientin 4

Die Patientin hatte zu Therapiebeginn fünf Diagnosen. Eine *mittelgradige Depression*, eine *soziale Phobie*, eine *Panikstörung*, eine *Bulimia Nervosa* sowie eine *vermeidend-unsichere Persönlichkeitsstörung*. Das Strukturniveau wurde als mäßig bis gering integriert eingestuft. Die Therapie wurde kurz vor Vollendung der 240. Stunde abgebrochen. Es liegen drei Messzeitpunkte mit 126 affektiven Einheiten vor.

Verlauf der Affektmentalisierung in der Therapie 4

Abbildung 35 zeigt die prozentuale Zusammensetzung (*implizite Mentalisierung*) aller *angenehmen* und *unangenehmen* Gefühlsäußerungen im Zeitverlauf.

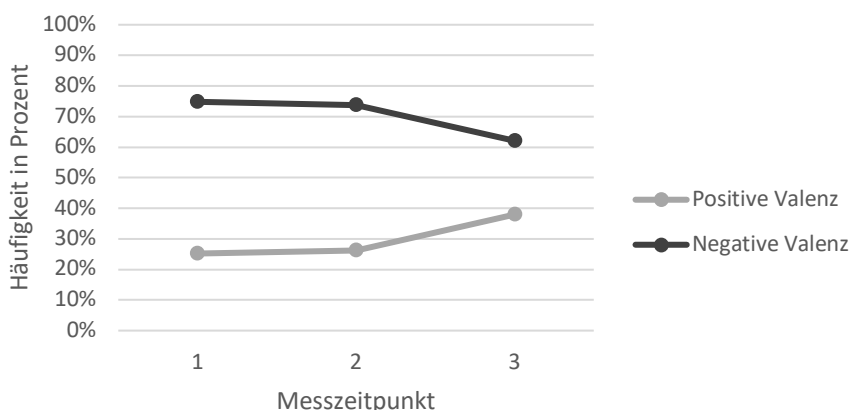


Abbildung 35: Patientin 4 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf

Die Patientin äußerte zu jedem Messzeitpunkt deutlich mehr *unangenehme* als *angenehme Emotionen*, wobei sich von den ersten beiden Messzeitpunkten zum letzten Messzeitpunkt eine Verbesserung einstellte. Die *explizite Mentalisierung* war ebenfalls recht gleichbleibend, wobei die *unangenehmen Emotionen* zum letzten Messzeitpunkt etwas angeeigneter waren (siehe Abbildung 36).

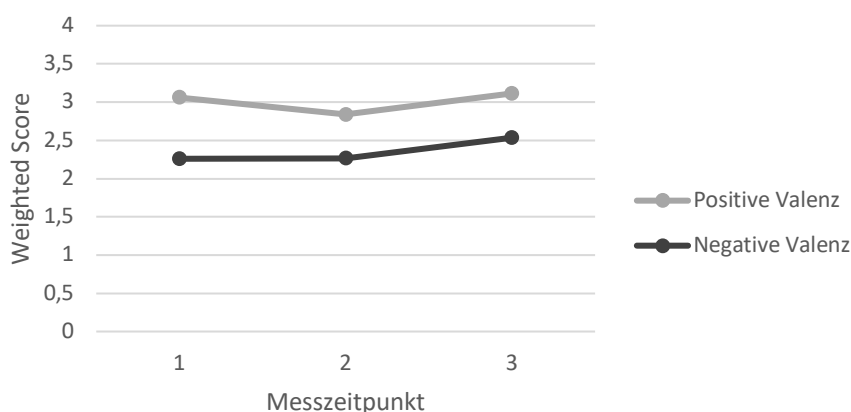


Abbildung 36: Patientin 4 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf

Die mengenmäßige Entwicklung der *Emotionscluster* sowie der als klinisch besonders bedeutsam eingestuften Emotionen *Angst* und *Trauer* werden in Abbildung 37 dargestellt.

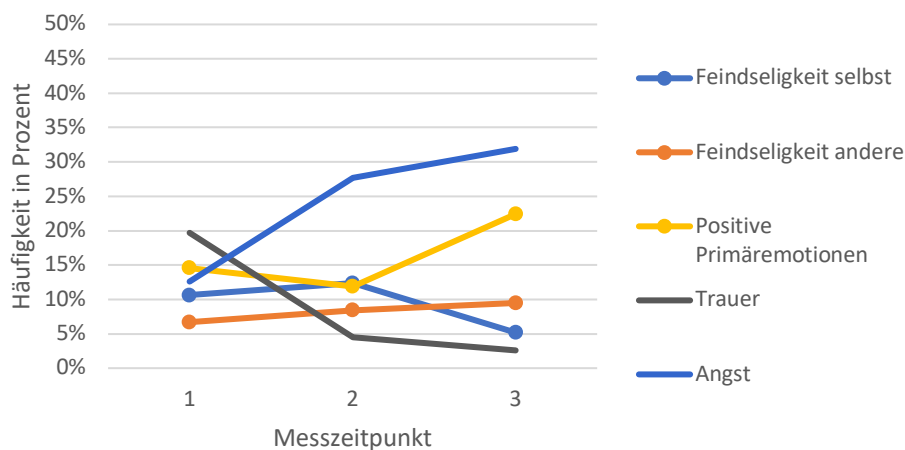


Abbildung 37: Patientin 4 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) von Emotionsclustern sowie Trauer und Angst im Zeitverlauf

Es zeigen sich starke Veränderungen in der *impliziten Affektmentalisierung*. Die Patientin 4 begann die Therapie mit dem vorherrschenden Gefühl der *Trauer* – etwa jede fünfte emotionale Äußerung hatte *Trauer* zum Inhalt. *Angst* befand sich nach den *positiven Primäremotionen* an dritter Stelle, gefolgt von *feindseligen Emotionen gegen sich selbst*. *Trauer* und *Angst* erlebten im Therapieverlauf die stärksten Veränderungen. So verschwand die *Trauer* über T2 zu T3 nahezu völlig, die *Angst* nahm jedoch zeitgleich

immer mehr zu. Zum Therapieende beinhaltet schließlich jede dritte emotionale Äußerung der Patientin *Angst*.

Die Qualität der verbalisierten *Emotionscluster*, der *Trauer* und der *Angst* zeigt Abbildung 38.

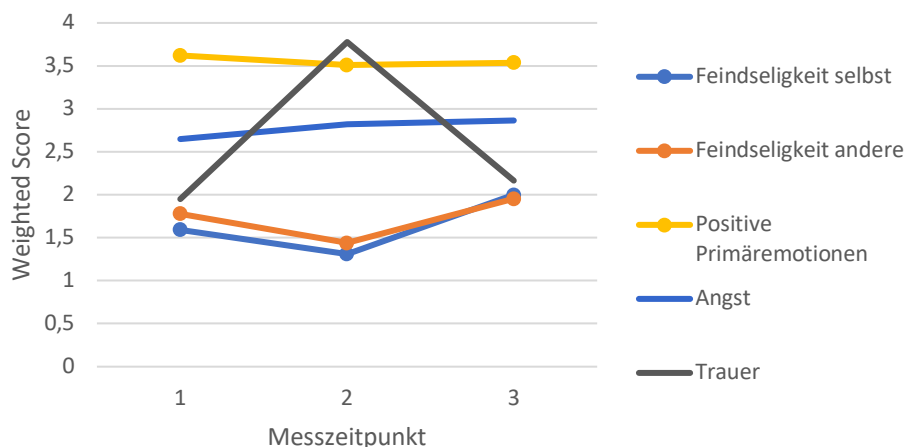


Abbildung 38: Patientin 4 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) von Emotionsclustern, Trauer und Angst im Zeitverlauf

Bei der **expliziten Mentalisierung** zeigt sich ein recht gleichbleibendes Bild mit einer Ausnahme – die *Trauer* wurde von *Patientin 4* in der Therapiemitte am bewusstesten ausgedrückt. Dies zeigte sich auch in den unten aufgeführten Beispielen (Tabelle 7): Zu Beginn der Therapie waren *traurige Gefühle* stark im Körper verankert, die Patientin beschrieb sich als *kraftlos*, ihr *Schlaf ist schlecht*, sie *verausgabt sich*. Zum zweiten Messzeitpunkt wurde die *Trauer* als Gefühl benannt, was für ein größeres Level an Kontrollierbarkeit, Handhabbarkeit und Aneignung spricht. Die Patientin beschrieb sich nun als „*traurig*“, „*einsam*“ oder im Beziehungskontext bildlich andere Personen als „*unerreichbar*“. Das Mentalisierungsniveau der *Trauer* sackte gegen Ende der Therapie jedoch erneut ab. Hier wurde die Emotion anders ausgedrückt als zu den ersten beiden Messzeitpunkten und als etwas „*Fremdes*“, „*Unwirkliches*“ beschrieben. Die *Angst* wurde hingegen recht gleichbleibend mentalisiert und im Mittel als Emotion mit Tendenz zur Externalisierung ausgedrückt. *Feindselige Emotionen gegen sich selbst* oder *gegen andere* beschrieb die Patientin eher als Handlungen. Sie waren -besonders zur Therapiemitte- entweder wenig bewusst und angeeignet oder kaum kontrollierbar.

Im Folgenden werden **einzelne Emotionen** aufgeschlüsselt (Abbildung 39). Wie schon bei den Patienten zuvor soll im folgenden Textabschnitt auf Gefühle eingegangen werden, die Zusatzinformationen zum vorab gezeichneten Bild bereitstellen und einen noch besseren Zugang zur emotionalen Welt der Patientin ermöglichen.

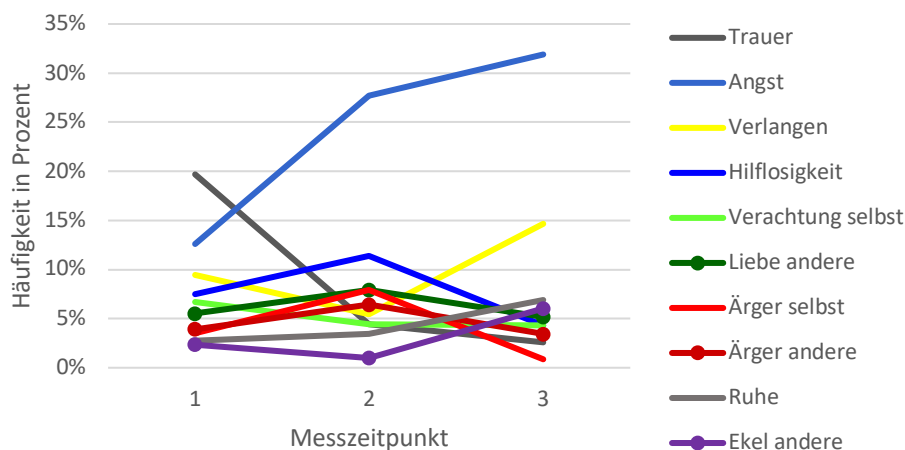


Abbildung 39: Patientin 4 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

Deutlich wird bei der Darstellung der einzelnen Emotionen, dass für die *positiven Primäremotionen* vor allem *Verlangen* ausschlaggebend war. Aufgrund des hohen Wertes in der *expliziten Mentalisierung* ist davon auszugehen, dass die Patientin diese Emotion direkt und angeeignet ausdrückte. Eine bedeutsame Rolle kam der Emotion *Hilflosigkeit* zu. Sie war die zweithäufigste Emotion während der Therapiemitte und ist inhaltlich eng mit der *Trauer* verwandt. Im klinischen Kontext wird die *Hilflosigkeit* mit der Aufrechterhaltung von Depressionen assoziiert. Abbildung 40 zeigt, wie die Patientin 4 über ihre Gefühle sprach:

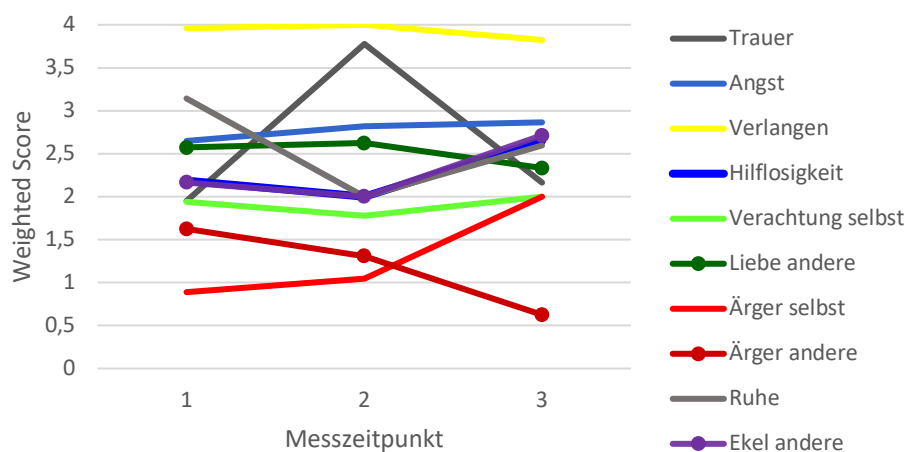


Abbildung 40: Patientin 4 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

Der *explizite Mentalisierungswert* für eben besprochene *Hilflosigkeit* zeigt, dass die Emotion zu den ersten beiden Messzeitpunkten eher spontan verbal ausgedrückt wurde (z.B. „*ich kann mich nicht wehren*“, „*ich schaffe das gar nicht*“) und gegen Ende der Therapie etwas bildlich-angeeigneter mit mehr Nähe zum emotionalen Kern des Gefühls verbalisiert wurde („*Ich fühle mich wie ein Kind*“).

Insbesondere *Ärger gegen andere* und *Ärger gegen sich selbst* wurden als unkontrollierbar beschrieben oder in Form von Handlungen. Der geringe *explizite Mentalisierungswert* für *Ärger gegen sich selbst* spricht für selbstverletzendes Verhalten oder Suizidabsichten – dies ist auch bei der hier dargestellten Patientin der Fall. Sie beschrieb, nicht mehr leben zu wollen (siehe Beispiele in *Tabelle 7*). Zum letzten Messzeitpunkt wurde *Ärger gegen sich selbst* erstmals kontrollierter ausgedrückt, allerdings kam die Emotion nur ein einziges Mal vor, was die Aussagekraft des Wertes sehr abmindert. *Ärger gegen andere* wurde zu Therapiebeginn noch direkter ausgedrückt (z.B. „*Abgrenzung*“, „*Ich habe mich geärgert*“ oder „*Wie lange muss ich das noch machen?*“). In der mittleren Phase wurde dann ein Traum geschildert, in dem *Ärger*-Episoden auf der Handlungsebene als von außen kommend geschildert wurden. Zum Ende der Therapie wurde der *Ärger gegen andere* so wenig mentalisiert, dass die beschriebenen Handlungen als Fehlleistungen geratet wurden. Beispielsweise beschrieb die Patientin, dass sie nach einer konflikthafter Trennung ein Familienmitglied beim nächsten Wiedertreffen einige Wochen später nicht mehr „*erkennt*“ und deshalb versehentlich ignoriert zu habe. Zu den *feindseligen Emotionen gegen sich selbst* zählte auch die *Verachtung gegen sich selbst*. Auch sie kam häufiger vor und wurde im gesamten Verlauf eher spontan und unkontrolliert ausgedrückt. Die Patientin bezeichnete sich als „*dumm*“, als „*kaputt*“ und als „*nicht normal*“.

Emotion	Messzeitpunkt	Wortlaut
Angst	T1	obwohl ich aber auch Angst habe darüber zu sprechen (...) Ich stehe unter Druck (...) so viele Alpträume (...) ich bin misstrauisch
	T2	wie empfindlich (...) schreckhaft (...) bin vor Schreck , das ist auch meine Angst
	T3	Ich merke dass ich sehr unruhig bin (...) ich habe Angst (...) ich kenne mich nicht mehr aus (Kontext)
Hilflosigkeit	T1	total überfordert (...) ich schaffe das gar nicht (...) es ist so dass ich da keine Hoffnung mehr habe
	T2	Es ist mir missglückt (Kontext), es gibt gar keinen Weg (...) ich kann mich nicht wehren (...) so ausgeliefert bin
	T3	Ins Nichts fallen (Kontext), wie ein kleines Kind (Kontext)
Trauer	T1	das hat alles keinen Sinn (...) gar nicht so viel Kraft habe (...) ich habe mich immer unglaublich verausgabt (Kontext), ich halte das gar nicht durch (Kontext), ich schlafe nie gut (...) es ist irgendwie so hohl (...) es gibt Zeiten, wo ich gar nichts fühle und denke
	T2	Und da war ich sehr traurig darüber eigentlich (...) noch mehr Schmerz (...) einsam (...) sie war so unerreichbar
	T3	Alles war so unwirklich (...) danach fühle ich mich noch fremder (...) Ich bin so auf Distanz
Ärger gegen sich selbst	T1	Ich wollte eigentlich auch nicht leben als Kind (...) ich hätte nur zehn Zentimeter weiter links oder rechts fallen müssen dann wäre ich jetzt tot (Kontext), dass ich da jetzt, jetzt schon sterbe
	T2	so oft der Gedanke an den Tod (Kontext), es ging um, ja um Selbstverletzung
	T3	Es stört mich (Kontext: an mir selbst)

Ärger gegen andere	T1	Immer mit dem Gefühl - ja wie lange muss ich das noch machen? (Kontext), dass mir einer was tut (...) also nicht Bösartigkeit (...) was mich ein bisschen geärgert hat , was ich zur Abgrenzung sagen könnte
	T2	Der soll auf etwas losgehen (...) sie gehen durch (...) es bringt mich um (...) auf mich losgestürmt (alles Kontext: aggressive Tiere im Traum)
	T3	Ich hab ihn nicht wahrgenommen oder registriert (Kontext), ich hab ihn nicht erkannt (...) er hat rumgeschlagen
Verachtung selbst	T1	Ich bin dumm (...) ich bin gar nicht so wichtig (...) dass ich das gar nicht kann , nichts weiß
	T2	also ich habe da gar kein Wissen für diese, und ich bin irgendwie ungeeignet für therapeutische Arbeit (...) ich bin irgendwie kaputt so (...) als wär' ich schon kaputt auf die Welt gekommen, und also oder gestört
	T3	Blödes Gefühl (...) das bin ich gar nicht wert , (...) ob das ein dummer Gedanke ist

Tabelle 7: Emotionale Aussagen von Patientin 4 im Wortlaut

Verlauf der Affektmentalierung im AAI (Patientin 4)

Aus den AAIs der Patientin 4 konnten insgesamt 1195 *affektive Einheiten* segmentiert werden. Abbildung 41 zeigt die *relativen Häufigkeiten* der dominanten Affekte:

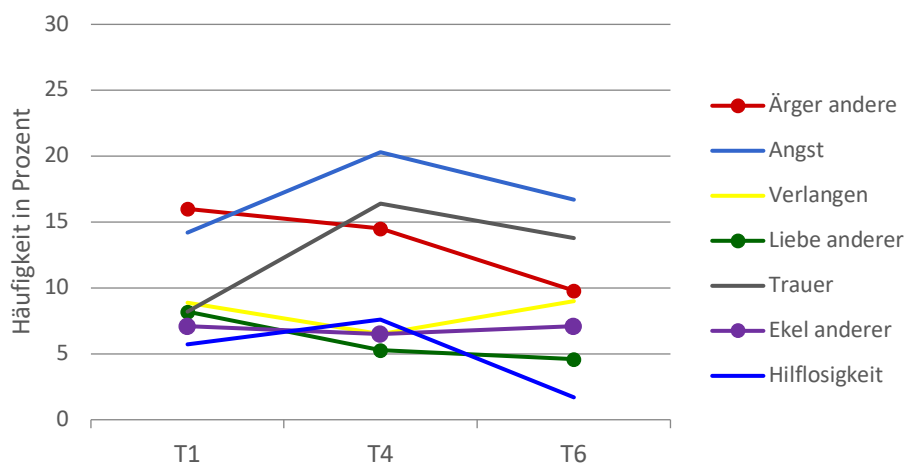


Abbildung 41: Patientin 4 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf

Im *Adult Attachment Interview* war zum ersten Messzeitpunkt *Ärger gegen andere* die häufigste Emotion. Dies änderte sich im Zeitverlauf. Zur zweiten und dritten Messung benannte die Patientin am häufigsten *Angst*. Auch die *Trauer* wurde in den Kindheitsschilderungen im Verlauf präsenter.

Veränderungen in der *expliziten Mentalisierung* werden in Abbildung 42 dargestellt.

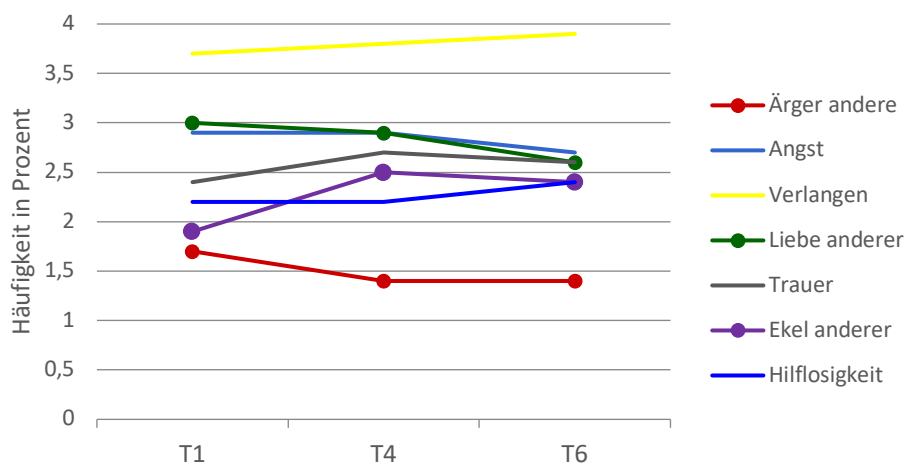


Abbildung 42: Patientin 4 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf

Insgesamt zeigte sich wenig Veränderung in der qualitativen Mentalisierung der Emotionen im AAI. Beim *Ekel vor anderen* ist noch die deutlichste Veränderung zu verzeichnen. Diese Emotion wurde im Verlauf angeeigneter und deutlicher als ein zum Selbst gehörendes Gefühl verbalisiert.

Zusammenfassung und Diskussion (Patientin 4)

Der Therapieverlauf der Patientin ist aus Sicht der *impliziten* und *expliziten Mentalisierung* als durchwachsen bis negativ zu beurteilen. Zu Therapiebeginn äußerte die Patientin ein extrem hohes Ausmaß an *negativen Emotionen*. Dieses Ausmaß nahm während der drei Messzeitpunkte ab. In der Gesamtbilanz müsste man also davon ausgehen, dass es der Patientin zum Ende der Therapie besser ging als zu Beginn der Therapie – sie berichtete über mehr *angenehme Emotionen* als zu den ersten beiden Messzeitpunkten. Dennoch waren die emotionalen Schilderungen hauptsächlich von *unangenehmen Emotionen* geprägt.

Die deskriptiven Daten zeigen, dass die *Patientin 4* vor allem zum Ende der Therapie unter starken *Ängsten* litt, die ihre emotionale Welt zunehmend dominierten. Diese *Ängste* wurden im Verlauf der Therapie immer stärker, und konnten wohl zum Zeitpunkt der letzten Messung noch nicht ausreichend bearbeitet werden. Es ist denkbar, dass die zunehmende *Angst* für den Therapieabbruch ausschlaggebend war. Positiv ist jedoch, dass das *Verlangen* der Patientin zugenommen hat – insbesondere bei einer depressiven Patientin kann diese Entwicklung als bedeutsam eingestuft werden – Patientin 4 „will“ wieder etwas von der Welt oder von anderen.

Betrachtet man die Hauptdiagnosen zu Beginn der Therapie– eine *Depression* sowie eine *soziale Phobie*– erscheinen die empirischen Daten passend, da *Ängste*, *Hilflosigkeit* und *Trauer* das emotionale Erleben prägten. Die Patientin war während der Therapie wenig in der Lage, eigenen *Ärger gegen andere* zu äußern. Diese Emotion wurde stets anderen Personen zugeschrieben oder im Traum von anderen gelebt. Wenn wir theoriegeleitet davon ausgehen, dass die depressive, in einer abhängigen Position verweilende Patientin im Rahmen der Therapie Zugang zu ihren verdrängten Aggressionen erhalten sollte, ist dies wohl eher gescheitert.

Zu einer *feindseligen Emotion gegen andere* entwickelt die Patientin in Zusammenhang mit ihrem biographischen Material im AAI einen besseren Zugang: *Ekel gegen andere* kann im Verlauf bewusster und kontrollierter geschildert werden. Positiv bleibt weiterhin anzumerken, dass die Patientin zum Ende der Therapie keine suizidalen Absichten mehr äußerte: Der *Ärger gegen sich selbst* wurde nicht mehr auf einem unkontrollierten Niveau ausgedrückt.

4.1.5 Patientin 5

Die Patientin hatte zu Therapiebeginn die Diagnosen *Soziale Phobie* und *Anpassungsstörung* sowie eine *vermeidend unsichere Persönlichkeitsstörung*. Das Strukturniveau wurde als mäßig eingestuft. Es wurden 300 Stunden psychoanalytische Langzeittherapie durchgeführt. Es liegen 4 Messzeitpunkte vor, die 292 *affektive Einheiten* beinhalten.

Verlauf der Affektmentalisierung in Therapie 5

Abbildung 43 und 44 zeigen die *implizite* sowie die *explizite Mentalisierung* aller *angenehmen* und *unangenehmen Emotionen*.

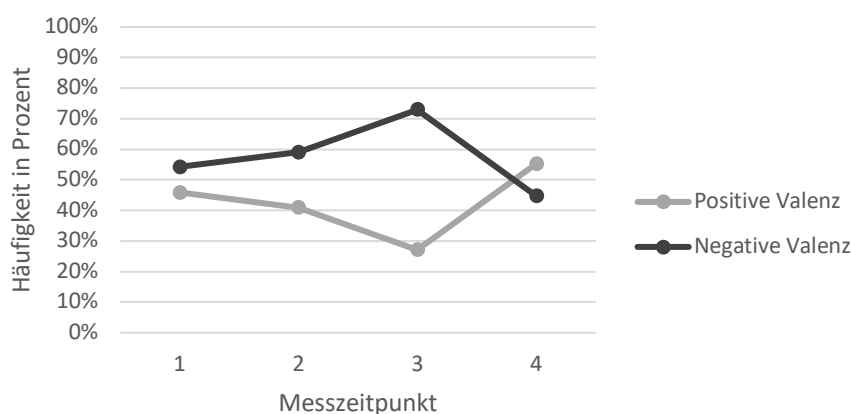


Abbildung 43: Patientin 5 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf

Für die *implizite Mentalisierung* zeichnet sich im Therapieverlauf folgendes Bild ab: Die Patientin äußerte zu Therapiebeginn ähnlich viele *angenehme* wie *unangenehme Gefühlszustände*, wobei die

unangenehmen leicht überwogen (54 Prozent). Im Verlauf der Therapie wurden bis zum dritten Messzeitpunkt immer mehr *negative Emotionen* verbalisiert. Zum Tiefpunkt (T3) war nur noch jede vierte emotionale Äußerung *angenehm*. Am Therapieende war hier eine deutliche Veränderung zu sehen: Die Patientin verbalisierte nun erstmals mehr *angenehme* als *unangenehme Emotionen*:

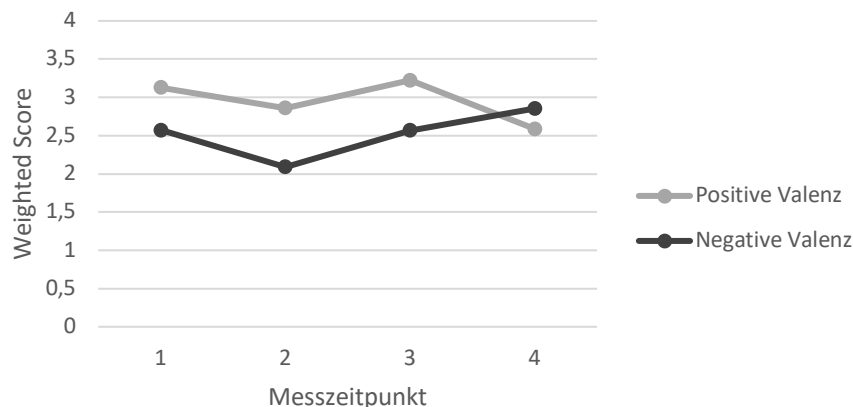


Abbildung 44: Patientin 5 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) aller angenehmen (positive Valenz) und aller unangenehmen Emotionen (negative Valenz) im Zeitverlauf

Für die *explizite Mentalisierung* zeigte sich vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt ein Einbruch in der *negativen Valenz* von 2,6 auf 2,1 auf, von dem sich die Patientin im Therapieverlauf wieder „erholte“. Am Ende der Therapie konnte sie ihre *unangenehmen Emotionen* im Mittel *explizit* etwas besser mentalisieren als zu Beginn der Therapie (Mittelwert 2,9). Der Ausdruck der *angenehmen Emotionen* wurde gegen Ende der Therapie etwas spontaner.

Im Folgenden werden die *Emotionscluster* sowie *Angst* und *Trauer* betrachtet. Die Zusammensetzung der relativen Häufigkeiten zeigt Abbildung 45:

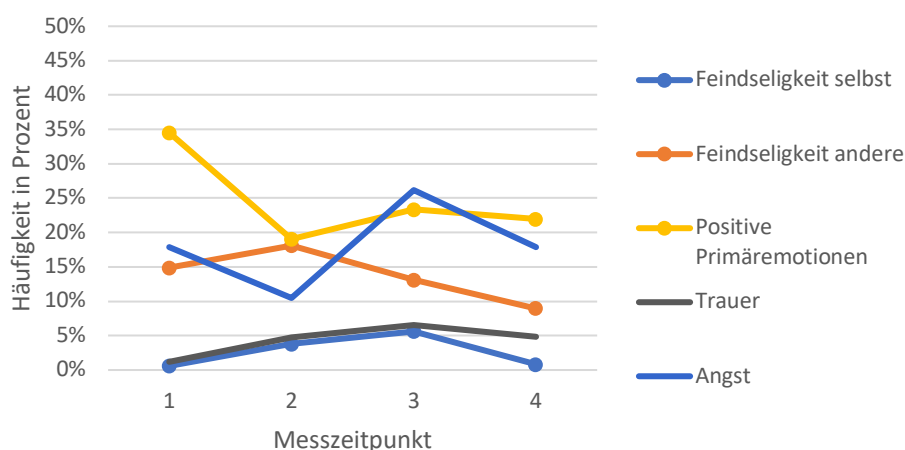


Abbildung 45: Patientin 5 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) von Emotionsclustern sowie Trauer und Angst im Zeitverlauf

Bei den *Emotionsclustern* zeigte sich für die *implizite Mentalisierung*, dass die Patientin ein relativ stabiles Maß an *positiven Primäremotionen* (*Freude, Interesse, Verlangen*) äußerte. Dieses ist zu Beginn der Therapie mit 35 Prozent am höchsten, nahm dann im Verlauf ab und schwankte fortan zwischen 19 und 22 Prozent. Zudem zeigte sich, dass *Feindseligkeit gegen sich selbst* im emotionalen Erleben eher eine untergeordnete Rolle spielte. Zum Beginn der Therapie beinhaltete zirka jede siebte emotionale Äußerung *Feindseligkeit gegen andere*, zum zweiten Messzeitpunkt war es jede sechste Äußerung. Zu den letzten beiden Messzeitpunkten nahmen die *feindseligen Äußerungen gegen andere* ab. Am Therapieende waren nur noch etwa 10 Prozent aller emotionalen Äußerungen *feindselig gegen andere*. *Trauer* spielte mengenmäßig in den emotionalen Schilderungen der Patientin eine eher untergeordnete Rolle. Erst zum dritten Messzeitpunkt wurde diese Emotion etwas präsenter. *Angst* prägte im gesamten Verlauf das Erleben der Patientin und gehörte auch zu den häufigsten Einzelemotionen. Wie die *Trauer* erreichte auch die *Angst* ihren Peak zum dritten Messzeitpunkt, an dem etwa jede vierte emotionale Äußerung *Angst* zum Inhalt hatte.

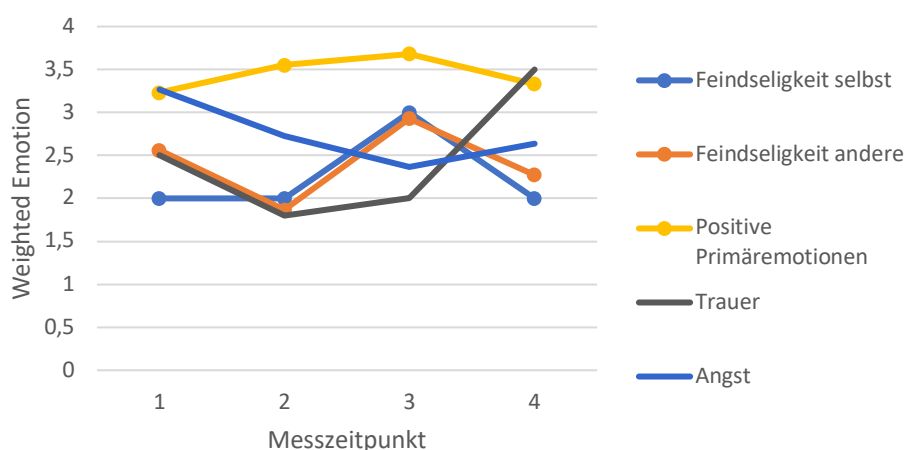


Abbildung 46: Patientin 5 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) von Emotionsclustern, Trauer und Angst im Zeitverlauf

In Bezug auf die *gewichteten Emotionen* (Abbildung 46) zeigt sich, dass die *positiven Primäremotionen* sehr angeeignet und bewusst waren. Die *explizite Mentalisierung* von *Angst* brach im Verlauf ein, das heißt, die *Patientin 5* schilderte das Gefühl im Verlauf körperlicher, motorischer und bzw. oder weniger kontrolliert. Zur letzten Messung wurde die *Angst* dann wieder ein wenig angeeigneter verbalisiert. *Trauer* zeigte eine ähnliche Verlaufskurve, wobei die Emotion gegen Therapieende sehr klar als eigenes, innerpsychisches Erleben ausgedrückt wurde. Die Verläufe dieser beiden Emotionen könnten für einen regressiven therapeutischen Prozess sprechen, der sich gegen Ende wieder stabilisiert hat bzw. abgeschlossen wurde. *Feindselige Emotionen gegen sich selbst* und *gegen andere* schwankten ähnlich im Verlauf. Sie konnten sowohl eher spontan, motorisch-körperlich als auch eher bildlich oder

angeeigneter verbal ausgedrückt werden. Eine klare Tendenz in der Entwicklung der *expliziten Affektmentalisierung* war hier nicht beobachtbar.

Für die einzelnen Emotionen werden erneut alle Gefühle dargestellt, die sich zu einem der vier Messzeitpunkte unter den häufigsten fünf Emotionen befanden. Es werden im nachfolgenden Text nur die Emotionen thematisiert, die klinisch relevant erscheinen. Die *implizite Mentalisierung* von Patientin 5 wird in den Abbildungen 47 und 48 dargestellt.

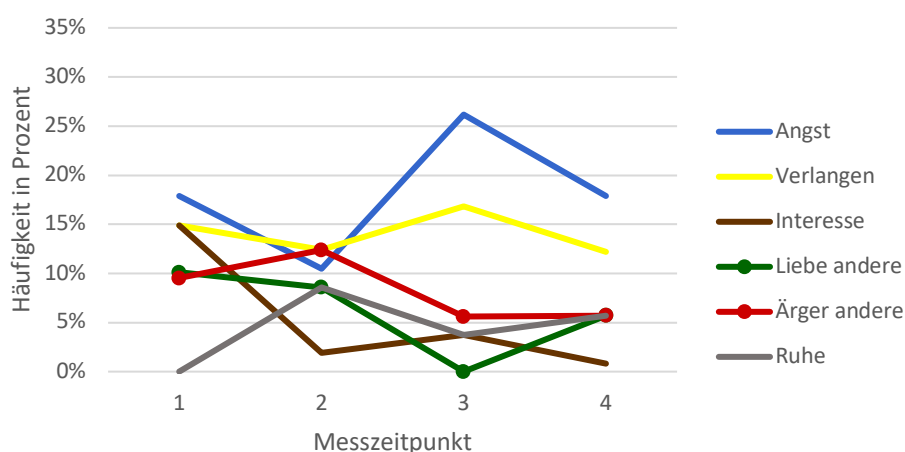


Abbildung 47: Patientin 5 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

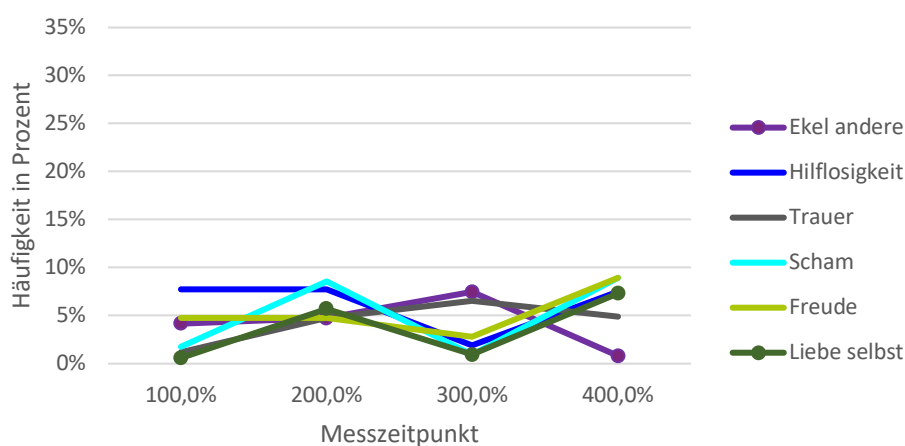


Abbildung 48: Patientin 5 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

Für die *implizite Mentalisierung* fällt auf, dass *Angst* und *Verlangen* in ihrer hohen Frequenz das emotionale Erleben der Patientin stark prägten. Sie waren zu drei von vier Messzeitpunkten die beiden häufigsten Emotionen und machten zusammen meist ein Drittel aller Emotionen aus. Der *Ärger gegen*

andere war ebenfalls zu den ersten beiden Messungen sehr präsent, nahm dann jedoch zu T3 und T4 mengenmäßig deutlich ab. *Ärger gegen andere* machte damit den Großteil der *feindseligen Emotionen gegen andere* aus – aus der Triade der Feindseligkeit tratt lediglich *Ekel vor anderen* zum dritten Messzeitpunkt ebenfalls etwas in den Vordergrund. *Verachtung für andere* wurde von der Patientin kaum geäußert. Bedeutsame *unangenehme Emotionen* waren außerdem *Hilflosigkeit* und *Scham*. Insbesondere zum zweiten Messzeitpunkt mit je acht bzw. neun Prozent machten sie einen relevanten Teil des verbalisierten emotionalen Innenlebens aus.

Die Abbildungen 49 und 50 visualisieren, auf welche Art und Weise die häufigsten Emotionen im Mittel zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten ausgedrückt wurden.

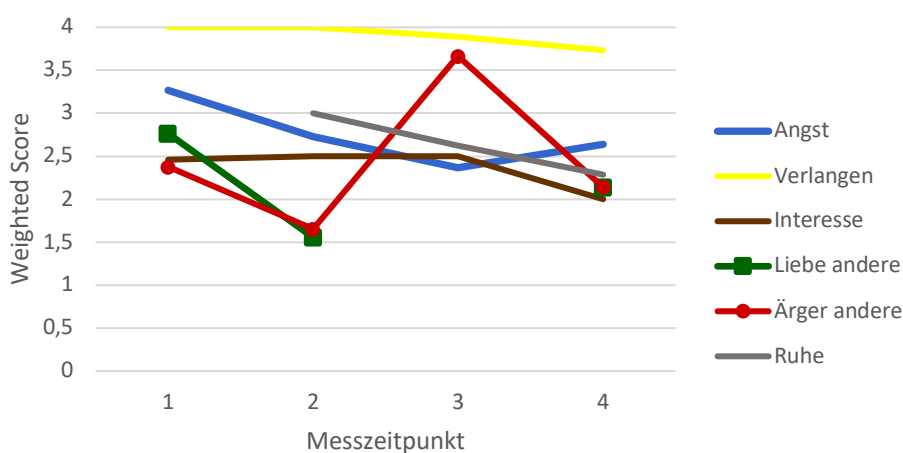


Abbildung 49: Patientin 5 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

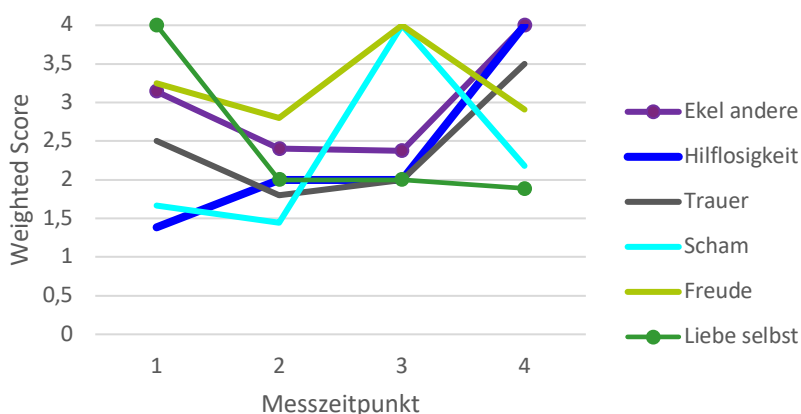


Abbildung 50: Patientin 5 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) der häufigsten einzelnen Emotionen im Zeitverlauf

Ein Blick auf die *explizite Affektmentalisierung* zeigt, dass die Werte für die hier vorgestellte Patientin für viele Gefühle im Verlauf der Therapie stark schwankten. Einzig der Wert für die dominante Emotion

Verlangen war über die Messzeitpunkte hinweg gleich. Im Folgenden werden die Emotionen besprochen und mit Beispielen (siehe *Tabelle 7*) unterlegt:

Die häufigste Emotion *Angst* wurde von der Patientin 5 zu Beginn der Therapie im Mittel als eigene Emotion mit einer Tendenz zur Externalisierung ausgedrückt (*Weighted Score: 3*; „*Da hat man Angst*“ oder „*Das macht mir Angst*“). Das Erleben der *Angst* veränderte sich im Verlauf der Therapie. Der gewichtete Wert nahm ab und erreichte zum dritten Messzeitpunkt einen Tiefpunkt (*Weighted Score 2,3*), danach stieg er wieder leicht an. Die *Angst* wurde somit im Verlauf der Therapie mit Sätzen wie „*Es ist schrecklich!*“ spontaner und bildlicher ausgedrückt als zu Beginn. Auch motorisch-somatisches Erleben wurde vermehrt geäußert: „*Ich werde nervös*“. *Verlangen* lag gleichbleibend bei sehr hohen Werten (zwischen 3,7 und 4,0). Die Patientin drückte ihre Wünsche und ihren Willen also sehr klar aus („*Ich will*“).

Ärger gegen andere schwankte hingegen stark im Ausdruck (Werte von 1,6 zu 3,7). Der Tiefpunkt zu T2 zeigt mit einem Wert von 1,6 dass die Patientin in diesen Sitzungen eher „vor sich herschimpfte“ oder sehr konkrete Szenen beschrieb („*Warum machst Du das*“ bzw. „*wenn ich ihn so anmeckere*“). Zum dritten Messzeitpunkt wurde der *Ärger gegen andere* bewusster ausgedrückt („*Ich ärgere mich*“).

Die *explizite Mentalisierung* der Emotion *Hilflosigkeit*, die eng mit der Angst verwandt ist, nahm im Verlauf der Therapie als einzige Emotion kontinuierlich zu (1,4 auf 4). Zu Beginn der Therapie äußerte die Patientin *Hilflosigkeit* mit Aussagen wie „*Ich schaff es nicht!*“, später war die Emotion angeeigneter und näher am psychischen Geschehen („*abhängig sein*“).

Trauer wurde zu Beginn der Therapie eher externalisiert oder bildlich ausgedrückt („*Ich hatte immer so ein Gefühl, dass ich gar nicht wirklich da bin*“). Im Verlauf brach dieser Mentalisierungswert etwas ein (1,6) und wurde vornehmlich motorisch-somatisch verbalisiert mit wenig Bezug zum Psychischen („*Ich hänge einfach nur zuhause rum*“). Am Ende der Therapie wurden *traurige Gefühle* mit einem *Weighted Score* von 3,5 als eigenes bewusstes Erleben ausgedrückt: „*Ich fühle mich dann oft, sehr oft alleine eben*“.

Scham war zu den ersten beiden Messzeitpunkten mit Werten zwischen 1,4 und 1,6 eher im somatisch-motorischen Bereich und wurde als Wunsch beschrieben, sich „unsichtbar zu machen“ („*weggehen*“). Zur Mitte der Therapie hin wurde die *Scham* dann klarer benannt („*sich blamieren*“), wobei der Wert gegen Ende wieder absank.

Emotion	Messzeitpunkt	Wortlaut

Angst	T1	Da hatte ich Angst (...) Es ist so stressig alles (...) ich weiß nicht da hab halt 'ne Angst (...) immer Angst
	T3	Es ist alles so viel (Kontext), Ich habe so viel Druck (...) es ist stressig (...) Ich wusste nichts mehr (Kontext), ich fühle mich schrecklich (...) Ich werde nervös (...) ich bin ganz durcheinander gekommen
Verlangen	T1	Ich möchte es selber wirklich (...) ich möchte es halt auch irgendwie machen (...) Ich will dahin.
Ärger gegen andere	T2	Wenn wir zusammen sind und wir streiten (...) ihn geschimpft (...) und: Warum machst Du das? (...) wenn ich ihn so anmeckere
	T3	Es ist ja, echt, dann schon geärgert (...) das stört mich schon sehr (...) Es ist ein ewiges Hin und Her! (Kontext)
Ekel vor anderen	T2	Nee! (Kontext), vielleicht ein bisschen einfacher , wenn wir dann nicht so viel Zeit miteinander verbringen
	T4	Ich will das einfach nicht
Scham	T2	ich mich nicht so zurückziehe (...) dann traue ich mich einfach nichts (...) ich wäre am liebsten weggegangen (Kontext)
	T3	...dass ich mich da blamiere (mehrfach) , Es wäre schwer denen in die Augen zu gucken (...) Es wäre mir unangenehm (...) zurückhaltend
Hilflosigkeit	T1	dass ich das halt nicht schaffe (Kontext), Ich kann nicht mehr! (...) Ich habe es wieder nicht geschafft (...) ich weiß halt gar nicht genau was ich so jetzt machen soll eigentlich
	T4	Damit macht man sich so abhängig (...) ausgeliefert sein
Trauer	T2	Ich hab' das Gefühl , dass ich nicht ganz da bin (...) Es ist Schade (...) Die anderen, die verstehen sich, die sind eine richtige Clique (Kontext Ausgeschlossen sein)
	T4	Da war ich frustriert (...) ich war nicht zufrieden damit (...) ich fühle mich dann oft, sehr oft alleine eben

Tabelle 8: Emotionale Aussagen von Patientin 5 im Wortlaut

Verlauf der Affektmentalisation im AAI (Patientin 5)

Für das *Adult Attachment Interview* lagen bei der hier vorgestellten Patientin nur zwei Messungen (mit insgesamt 265 *affektive Einheiten*) vor. Es zeigte sich insgesamt eher wenig Veränderung in der *impliziten Mentalisierung*.

Abbildung 51 zeigt, dass die Rangfolge der häufigsten Affekte für die beiden Messungen mit einer Ausnahme gleich war – auf den hinteren Plätzen wurde die *Freude* von der *Scham* auf den sechsten Platz verschoben. *Ärger gegen andere* dominierte mit zirka 25 Prozent die Schilderungen des Patienten. Nach Beendigung der Therapie spielte mit einem Anstieg von 10 auf 17 Prozent die *Liebe für andere* eine größere Rolle im AAI als zur Aufnahme der Therapie, die Schilderungen aus der Kindheit sind also insgesamt *positiver* geworden.

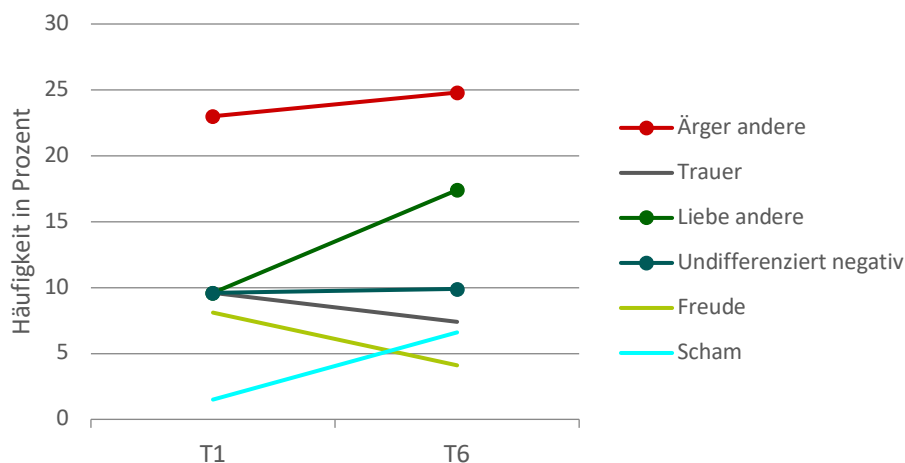


Abbildung 51: Patientin 5 - Implizite Mentalisierung (prozentuale Häufigkeit) der häufigsten einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf

Auch in Bezug auf die *explizite Mentalisierung* zeigte sich eher wenig Bewegung zwischen den beiden Messungen. Eine Ausnahme bildet die Emotion *Scham*. Sie wurde im ersten AAI zwar wenig geäußert, dafür aber angeeigneter. Nach Beendigung der Therapie waren Kindheitsepisoden, in denen *Scham* eine Rolle spielte, für den Patienten präsenter (*siehe implizite Mentalisierung*) und wurden zugleich viel spontaner und körperlich-motorischer ausgedrückt, wie Abbildung 52 darstellt:

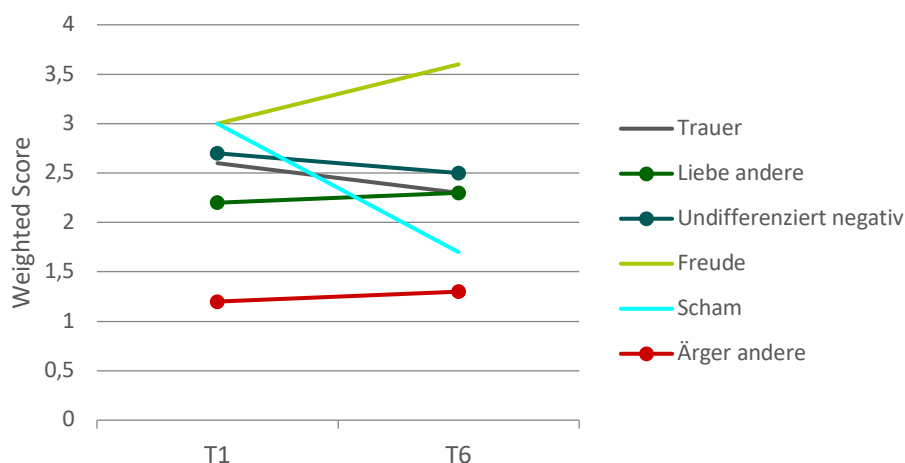


Abbildung 52: Patientin 5 - Explizite Mentalisierung (Qualität, Weighted Score) von einzelnen Emotionen im AAI im Zeitverlauf

Zusammenfassung und Diskussion (Patientin 5)

Der Therapieverlauf der Patientin 5 kann aus Sicht der *impliziten* und *expliziten Mentalisierung* abschließend als tendenziell eher positiv interpretiert werden. Die Patientin startete mit etwas mehr *unangenehmen Emotionen* als *angenehmen Emotionen* in die Therapie. Von der Zusammensetzung der

Affekte über die Therapie hinweg entstand der Eindruck, die Patientin habe sich im therapeutischen Prozess gut auf ihre *negativen Emotionen* einlassen können: So wurde das Gefühlsleben im Verlauf immer „dunkler“ und erreichte kurz vor Ende der Therapie einen deutlichen Tiefpunkt. Bei der letzten Messung war die Zusammensetzung von *negativen* und *positiven Emotionen* erneut eher ausgeglichen, die *angenehmen Gefühle* überwogen etwas. Die Stimmung der Patientin hatte sich als im Vergleich zur Eingangsmessung also etwas und im Vergleich zur Therapiemitte stark verbessert. Auch wenn insbesondere die Werte der *expliziten Mentalisierung* keine lineare Entwicklung durchliefen, so kann doch in jedem Fall festgehalten werden, dass die Patientin verschiedene Emotionen in verschiedener Qualität durchleben konnte. Ihr Gefühlsleben wies demnach eine große Flexibilität auf, was für psychische Gesundheit spricht. (Lecours, 2011)

Den Diagnosen nach zu urteilen kam die Patientin wegen *Ängsten* in die Therapie (*soziale Phobie* und *selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung*), was auch durch die Zusammensetzung der häufigsten Gefühle bestätigt werden konnte (viel *Angst*, *Hilflosigkeit* und *Scham*).

Betrachtet man *Angst* im Vergleich zu allen anderen Emotionen, war diese zum Therapieende hin präsenter als zu Beginn der Therapie. Die Patientin erlebte also mengenmäßig sogar mehr *Angst*. Jedoch war eine Veränderung im (verbalisierten) Erleben der *Angst* zu verzeichnen, ihr *gewichteter, expliziter Mentalisierungswert* verschlechterte sich im Verlauf. Die *Angst* wurde also weniger angeeignet-kontrolliert und körperlicher, spontaner und bildlicher ausgedrückt. Ein geringer Wert im *Weighted Score* bedeutet im Normalfall, dass man sich einer Emotion ausgelieferter erlebt, was für ein größeres inneres Leid spricht. Bei der hier vorgestellten Patientin, die generell in der Eingangsmessung für viele Emotionen über eine ungewöhnlich hohe *explizite Mentalisierung* verfügte, ist jedoch auch denkbar, dass die *Angst* zu Beginn der Therapie eher „hypermentalisiert“ (Bolm, 2009, S. 46) war. Es kann also sein, dass die Patientin einen anderen Zugang zu ihrer *Angst* bekommen hat. Ob diese neue Flexibilität im Erleben für sie selbst angenehmer oder unangenehmer ist, lässt sich den Daten aber leider nicht entnehmen. *Scham* und *Hilflosigkeit*, die ebenfalls eng mit den Diagnosen assoziiert sind, traten im Verlauf fast gleich häufig auf, was eine Verknüpfung nahelegt. Anders als die *Angst* waren diese beiden Affekte zu Beginn der Therapie wenig benennbar – dies besserte sich jedoch im Verlauf. Die Patientin konnte zum Ende der Therapie hin klarer über diese Emotionen sprechen. Mengenmäßig zeigte sich diese Entwicklung auch im *AAI*, in dem die *Scham* sowohl in *impliziten* als auch in der *expliziten Mentalisierung* als einzige Emotion eine deutlich sichtbare Entwicklung durchlief. *Ärger gegen andere* war zum zweiten Messzeitpunkt die häufigste Emotion der Patientin und qualitativ am wenigsten mentalisiert. Zeitgleich erreichte die *Angst* zu T2 ihren Tiefpunkt. Es ist denkbar, dass zwischen diesen beiden Emotionen eine Verknüpfung besteht: In Bezug auf ihre Diagnosen schien die Patientin in

übermäßigem Ausmaß von anderen abhängig zu sein. Der starke Bezug zum Gegenüber zeigte sich in der Zusammensetzung der häufigsten Emotionen – (*Liebe für andere, Ekel vor anderen, Ärger gegen andere*). Der *Ärger gegen andere* könnte demnach für eine verstärkte Selbstbehauptung sprechen. Zum dritten Messzeitpunkt, bei dem die Stimmung der Patientin am schlechtesten war, spielten erstmals auch *Trauer* und *Ekel vor anderen* eine größere Rolle. Die Patientin konnte zum Ende der Therapie ihre *Trauer* als eigenes, zu ihr gehörendes Gefühl benennen, was positiv zu werten ist.

4.2 Statistische Zusammenhänge zwischen GEVA- und MICA-Werten und anderen Verfahren

Die statistische Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob es in der vorliegenden Stichprobe bedeutsame Zusammenhänge zwischen ausgewählten *GEVA*- und *MICA*-Werten und anderen etablierten Messverfahren gibt.

4.2.1 Korrelation von GEVA und MICA-Werten mit der Reflexiven Funktionsskala (RFS)

Zunächst sollen die Korrelationen zwischen der *GEVA* und *MICA* und der *Reflexiven Funktionsskala* vorgestellt werden. Je höher der Gesamtscore in der *Reflexive Funktionsskala*, desto besser mentalisieren Menschen nach der Fonagyschen Definition. In der bereits in Abschnitt 2.3 vorgestellten Studie von Bouchard, Fonagy, Target, Lecours und anderen (2008) wurde ein positiver Zusammenhang zwischen der *expliziten Mentalisierung von unangenehmen Emotionen, die anderen Personen zugeschrieben wurden (nach GEVA und MICA)* und der *RFS* gefunden. Die *RFS* korrelierte nicht in einem bedeutsamen Ausmaß mit der *expliziten Mentalisierung von eigenen unangenehmen Emotionen* (Bouchard et al., 2008).

Für die Berechnung der Korrelationen der *RFS* mit den *GEVA*- und *MICA*-Werten liegen drei Messzeitpunkte mit jeweils vier bis fünf Werten pro Messzeitpunkt vor. Über alle Zeitpunkte hinweg ergeben sich dadurch 14 Beobachtungen, die jedoch aufgrund möglicher Autokorrelationen zwischen den Messzeitpunkten der einzelnen Patienten eventuell nicht unabhängig voneinander sind. Trotz dieser Einschränkung wurden Korrelationen nach Pearson über alle Zeitpunkte berechnet, um eine größtmögliche Datenbasis zu generieren. Tabelle 9 zeigt die Korrelationskoeffizienten.

	<i>Neg. Valenz Andere</i>	<i>Neg. Valenz Selbst</i>	<i>Feindselige Gefühle Andere</i>	<i>Feindselige Gefühle Selbst</i>	<i>Trauer gesamt</i>	<i>Trauer selbst</i>
<i>RFS</i>	r=.24	r=.09	r=.21	r=.33	r=-.33	r=-.41

*Tabelle 9: Korrelationen nach Pearson zwischen Weighted Scores (explizite Mentalisierung) der GEVA und der Reflexiven Funktion, Signifikanz (2-seitig) $p > .05$. *; N=14*

Keine der Korrelationen wurde signifikant. Ein Grund dafür könnte die kleine Stichprobengröße sein, die trotz der Kumulierung der Werte über die Messzeitpunkte (14 Beobachtungen) weit unter der von Kauermann und Küchenhoff (2011) geforderten Stichprobengröße von mindestens 30 liegt.

Es deuten sich dennoch einige moderate Zusammenhänge an, betrachtet werden sollen: Am stärksten korreliert die *explizite Mentalisierung von eigener Trauer (Trauer selbst)* mit den Werten der *Reflexiven Funktionsskala*. Mit einem Korrelationskoeffizient von $r = -.41$ liegt nach Bühner und Ziegler (2009) ein mittlerer bis starker Effekt vor. Dieser ist jedoch negativer Natur, was bedeutet, dass je *angeeigneter* Personen ihre *eigene Trauer* nach der GEVA mentalisieren, desto schlechter fällt ihr Wert auf der *Reflexiven Funktionsskala* aus. Dies gilt auch in etwas geringerem Ausmaß für *Trauer allgemein* (alle Traueräußerungen im AAI). Ein gegenteiliger Effekt zeigt sich bei *eigenen feindseligen Gefühlen gegen Andere*: Je angeeigneter diese Emotionen nach der GEVA mentalisiert werden, desto besser wird auch die *Reflexive Funktion* eingeschätzt. Es gibt auch in der vorliegenden Studie keinen Zusammenhang zwischen der Verbalisation von *eigenen unangenehmen Emotionen* und der *Reflexiven Funktion*. Das Ergebnis von Fonagy und Kollegen (2008) kann somit teilweise repliziert werden. Anders als bei eben zitierter Studie zeigt sich jedoch kein mittlerer oder starker Zusammenhang zwischen der *expliziten Mentalisierung unangenehmer Gefühle von anderen* und der RF ($r = .24$, n.s.).

4.2.2 Korrelation von GEVA- und MICA-Werten mit zwei globalen Kennwerten der SCL-90-R

Zwei globale Kennwerte der Symptom-Checkliste werden verwendet, um Zusammenhänge zwischen der *expliziten* und *impliziten Mentalisierung verschiedener Emotionen* nach GEVA/MICA und der subjektiv empfundenen körperlichen und psychischen Beeinträchtigung zu erfassen. Der *Global Severity Index* (GSI) misst die *grundsätzliche psychische Belastung*, der *Positive Symptom Distress Index* (PSDI) ist ein Maß für die *Schwere* oder die *Intensität* der *Beeinträchtigung*. Wie schon bei den Berechnungen mit den Werten der RFS werden – um eine größere Datenbasis zu generieren – das Produkt aus Messzeitpunkten und Personen als einzelne Beobachtungen aufgefasst. Verschiedene GEVA- und MICA-Werte werden für die Überprüfung von Zusammenhängen mit dem GSI und dem PSDI ausgewählt: Die *explizite* und die *implizite Mentalisierung von Trauer, Angst, feindselige Gefühlen gegen sich selbst* sowie von dem groben Maß aller *unangenehmen Emotionen* („neg. Valenz“).

	Häufigkeit <i>Trauer</i>	<i>Weighted</i> <i>Score</i> <i>Trauer</i>	Häufigkeit <i>Angst</i>	<i>Weighted</i> <i>Score</i> <i>Angst</i>	Häufigkeit <i>feindselig</i> <i>Selbst</i>	<i>Weighted</i> <i>Score feind.</i> <i>Selbst</i>	Häufigkeit <i>neg. Valenz</i>	<i>Weighted</i> <i>Score</i> <i>neg. Valenz</i>
<i>GSI</i>	r= .24 p= .44 N= 13	r= .15 p= 0.63 N=13	r = .55* p= .05 N=13	r = 0.07 p= .8 N=13	r= .59* p=.03 N=13	r= -.62* p=.03 N=12	r= -.28 p= 0.5 N=8	r=.20 p=.34 N=8
<i>PSDI</i>	r=.37* p=.024 N=12	r=.13 p=.69 N=12	r=.24 p=.45 N=12	r=-.1 p=.76 N=12	r=.59* p=.04 N=12	r=-.64* p=.03 N=11	r= -.20 p=.62 N=8	r=.21 p=.42 N=8

Tabelle 10: Korrelationen nach Pearson zwischen Weighted Scores der GEVA und dem GSI und dem PSDI, Signifikanz (2-seitig) $p > .05$. *; N variierend

Von 14 Korrelationen wurden trotz der geringen Fallzahl sechs Werte signifikant. Es zeigen sich folgende *starke signifikante Zusammenhänge*, die in Tabelle 10 grau unterlegt wurden: Je *häufiger* eine Person *Angst* verbalisiert, desto *höher* ist auch ihre *psychische Belastung*. Es spielt dabei keine Rolle, wie die *Angst* explizit mentalisiert wird. Bei *feindseligen Gefühlen gegen sich selbst* gilt: Je häufiger eine Person *feindselige Gefühle gegen sich selbst* verbalisiert, desto höher ist auch ihre *psychische Belastung* und desto *schwerer* ist sie von dieser Belastung *beeinträchtigt*. Für die *explizite Mentalisierung dieser feindseligen Gefühle gegen sich selbst* gilt folgendes: Je besser die *feindseligen Gefühle gegen sich selbst* mentalisiert sind, sprich je angeeigneter und verbaler diese ausgedrückt werden, desto geringer ist die *psychische Belastung* und die *Schwere der Symptome*. Die *Beeinträchtigung durch die Belastung (PSDI)* ist zudem mit der *Häufigkeit von Trauer* korreliert, sprich, je beeinträchtigt eine Person in der SCL-90-R ist, desto mehr *Trauer* verbalisiert sie in den Therapiestunden.

4.3 Zusammenspiel von Patient und Therapeut nach GEVA und MICA

Im Folgenden sollen *GEVA* und *MICA* in einem interpersonellen Kontext angewendet und im direkten Abgleich mit dem Stundenmaterial betrachtet werden. Diese Auswertung hat drei Ziele:

- (1) Zum einen soll neben der Mentalisierung des Patienten auch die Mentalisierung des Therapeuten betrachtet werden, um zu ermitteln, ob die *GEVA* und die *MICA* das Zusammenspiel zwischen Therapeut und Patient abbilden können.
- (2) In einem zweiten Schritt soll betrachtet werden, ob – und wenn ja, wie – die *implizite und explizite Mentalisierung des Therapeuten* einen Einfluss auf die *implizite* und vor allem auf die *explizite Mentalisierung von Emotionen beim Patienten* haben könnte oder kürzer: Gibt es einen therapeutischen Stil, der die Affektmentalierung beim Patienten anregt?

(3) Das dritte Ziel der qualitativen Auswertung besteht darin, durch nahes Arbeiten am Rohtext zu überprüfen, wie gut die *GEVA* und *MICA* tatsächlich in der Lage sind, klinisch bedeutsame Aussagen des Patienten oder auch therapeutische Interventionen zu erfassen. Kurzum, die *GEVA* und *MICA*-Werte sollen einer klinisch-psychoanalytischen Betrachtungsweise gegenübergestellt werden.

Für die Auswertung werden von den vorab vorgestellten Therapien basierend auf der *GEVA*- und *MICA*-Wertung ein „erfolgreicher“ und ein „weniger erfolgreicher“ Therapieverlauf nach folgenden Kriterien ausgewählt: (1) Gesamte Entwicklung der Stimmung im Therapieverlauf (Verhältnis von *angenehmen* zu *unangenehmen Affekten*) (2) *Variabilität der Affektzusammensetzung* und des *Mentalisierungsniveaus* (3) *Affektentwicklung* im Therapieverlauf, sprich, Anzeichen für ein „Durcharbeiten“ sowie (4) *Veränderungen* in klinisch besonders *bedeutsamen Emotionen* (*Trauer* und *Angst* sowie den *Emotionsclustern*) und Emotionen, die in Bezug auf die Eingangsdiagnosen wichtig erscheinen.

Als ein eher weniger erfolgreicher Therapieverlauf wird der Verlauf von *Patientin 3* gewählt (im Folgenden auch: *Therapie 3*). Ihre *Gesamtstimmung* (Verhältnis von *angenehmen* zu *unangenehmen Affekten*) wurde über den Therapieverlauf hinweg konstant schlechter. Zugleich zeigte sich *kaum Variabilität* in den *Emotionen*: *Ärger* und *Verachtung gegen andere* dominierten zu jedem Messzeitpunkt die Berichte, nahmen im Verlauf *quantitativ* zu und wurden gleichzeitig *qualitativ* nicht (wesentlich) besser mentalisiert. *Trauer* wurde zwar etwas besser *explizit mentalisiert*, spielte aber *quantitativ durchgehend* eine untergeordnete Rolle.

Als besonders erfolgreich ist hingegen die Therapie von Patient 1 einzustufen (im Folgenden auch: *Therapie 1*). Bei diesem Patienten war die *Gesamtstimmung* (Verhältnis von *angenehmen* zu *unangenehmen Affekten*) zum Ende der Therapie verbessert. Wichtige, zur Diagnose *narzisstische Persönlichkeitsstörung* passende Emotionen wie zum Beispiel *feindselige Emotionen gegen sich selbst* oder *Hilflosigkeit* wurden im Verlauf der Therapie zur Therapiemitte hin (*quantitativ*) relevant. Es entstand der Eindruck eines regressiven Einbruchs und einer anschließenden Neuorientierung (viel *Liebe für andere* zum Therapieende). Auch die für einen positiven Verlauf als klinisch besonders bedeutsam eingestufte Emotion *Trauer* konnte vom Patienten in angeeigneter Form ausgedrückt und somit *besser explizit mentalisiert* werden.

Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung werden wie folgt dargestellt: In einem abgestuften Vorgehen wird zunächst *die implizite Mentalisierung des Therapeuten* der *impliziten Mentalisierung des*

Patienten gegenübergestellt. Die zugrundeliegende Frage lautet hier: Gelingt es dem Therapeuten, in die spezifische emotionale Welt des Patienten einzutauchen? Äußert er die gleichen Emotionen? Anschließend soll betrachtet werden, wie der Therapeut im Vergleich zum Patienten die häufigsten geäußerten Emotionen *explizit mentalisiert*. Die zugrunde liegende Frage an dieser Stelle lautet: Zeigen die GEVA- und MICA-Werte, dass der Therapeut – wie in der Theorie mehrfach impliziert – die *wenig mentalisierten Emotionen des Patienten* in *markierter* oder in „*verdauterer*,“ sprich, in einer *explizit stärker mentalisierten* Art und Weise aufgreift bzw. spiegelt? Zeigen sich Unterschiede in der *expliziten und impliziten Mentalisierung des Therapeuten* in der (nach GEVA- und MICA) erfolgreichen und der weniger erfolgreichen Therapie?

Nach dieser Gegenüberstellung folgt die *Auswertung* der Therapieprotokolle. Dabei werden zunächst die Inhalte der Therapie zum jeweiligen Messzeitpunkt beschrieben und teilweise mit Zitaten unterlegt. Anschließend wird der Fokus auf Textstellen gelegt, in denen besonders *viele affektive Einheiten* vorliegen, sprich auf Abschnitte, die nach GEVA- und MICA-Einschätzung *emotional dicht* waren. Diese Textstellen werden im Ganzen wiedergegeben und als *emotionale Häufungen* oder als *emotionale Knoten* bezeichnet. Als besonders relevant werden auch emotionale Aussagen des Patienten eingestuft, die nach GEVA- und MICA-Wertung besonders *wenig mentalisiert* waren (*Level 1* oder *somatischer Kanal*). Es soll gezeigt werden, ob und wie der Therapeut auf diese Aussagen reagiert. Um die Lesbarkeit des Textes zu erhalten, werden in den Textbeispielen die emotionalen Einheiten unterstrichen, jedoch nicht alle *GEVA- und MICA-Scores eingefügt*. Besonders relevante emotionale Einheiten werden dann im Fließtext aufgegriffen und ihr *GEVA/MICA-Rating* dort besprochen.

In einem weiteren Schritt werden – soweit vorhanden – *Aussagen des Patienten* identifiziert, die nach klinischer Einschätzung relevant sind, die jedoch nach der *GEVA- und MICA- Wertung* nicht „auffällig“ waren, sprich die von den Instrumenten nicht erfasst wurden. Auch an diesen Stellen wird die *Reaktion des Therapeuten* untersucht.

Als letzter Auswertungsschritt werden die *Aussagen des Therapeuten* betrachtet, die noch nicht in den ersten beiden Schritten erfasst wurden. Gibt es beim Therapeuten zusätzlich *auffällige emotionale Aussagen* nach *GEVA und MICA*? An welchen Stellen treten diese auf? Gibt es erkennbare Interventionen oder spezielle Gesprächstechniken des Therapeuten, die von der *GEVA und MICA* nicht erfasst werden?

Der Ergebnisteil endet mit einer Zusammenfassung der Erkenntnisse aus der qualitativen Auswertung.

4.3.1 Gegenüberstellung der impliziten und expliziten Mentalisierung in Therapie 1

Zum ersten Messzeitpunkt wiesen Therapeut 1 und Patient 1 eine große Übereinstimmung hinsichtlich der impliziten Mentalisierung auf. Sie benannten beide als häufigste Emotionen *Liebe für andere*, *Trauer*, *undifferenziert negative Gefühle* und *Freude*. Die Emotionszusammensetzung des Therapeuten war dabei insgesamt etwas *negativer*, er benannte auch vergleichsweise viel *Ärger gegen andere*.

Folgende Grafiken visualisieren den Verlauf der impliziten Mentalisierung für den Patienten (Abbildung 53) und den Therapeuten (Abbildung 54).

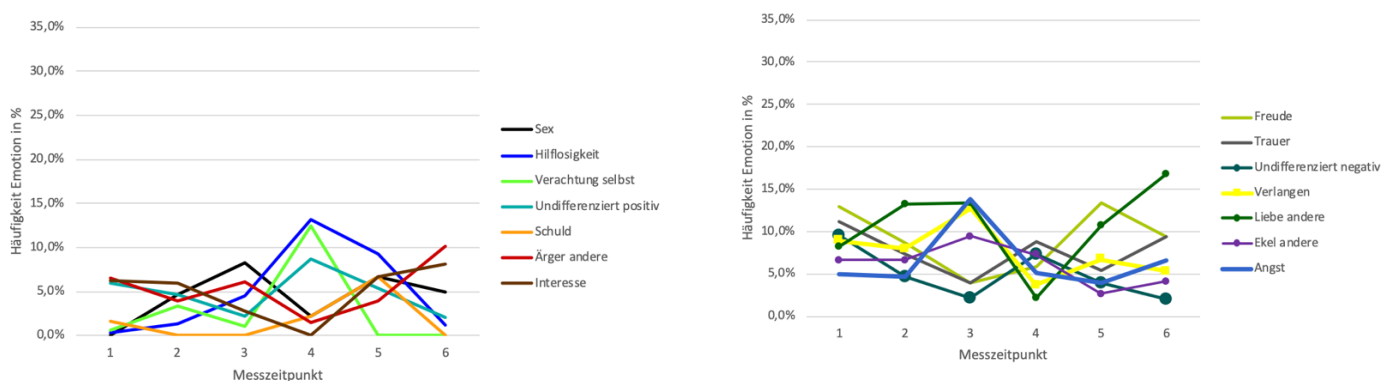


Abbildung 53: Patient 1 - Implizite Mentalisierung (Quantität) der häufigsten Emotionen im Zeitverlauf

Wie schon in der Einzeldarstellung (Abschnitt 4.1.1) offensichtlich, überwogen zum *zweiten Messzeitpunkt* beim Patienten angenehme Gefühle wie *Liebe für andere*, *Verlangen* und *Interesse*. Diese Zusammensetzung zeigte sich auch beim Therapeuten. Auch er verbalisierte vor allem *Liebe für andere*, *Verlangen* und *Sex*, wobei auch er auch häufiger das Gefühl der *Trauer* und der *Hilflosigkeit* aufgriff. *Trauer* war beim Patienten ebenfalls unter den fünf häufigsten Emotionen, auch wenn er das *unangenehme Gefühl* prozentual weniger oft aufgriff als der Therapeut.

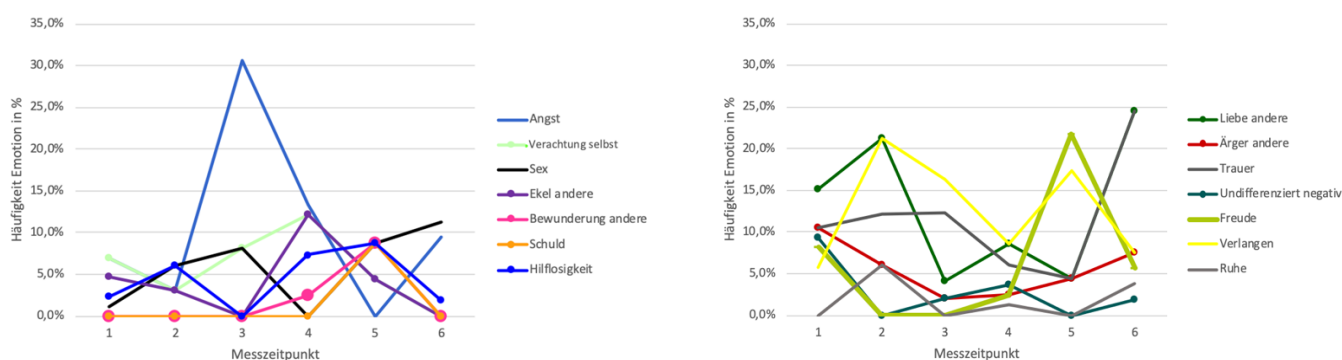


Abbildung 54: Therapeut 1 - Implizite Mentalisierung (Quantität) der häufigsten Emotionen im Zeitverlauf

Zum *dritten Messzeitpunkt* verbalisierte der Patient viel *Angst*, *Verlangen*, *Liebe für* und *Ekel vor anderen* sowie *Sex*. Der Therapeut verbalisierte zu T3 am häufigsten die *Angst*. Etwa jede dritte seiner

Äußerungen hatte *Angst* zum Inhalt, wie auch in Abbildung 54 deutlich hervortritt. Unter den häufigsten Emotionen des Therapeuten befanden sich außerdem *Verlangen* und *Trauer*, sowie *Verachtung gegen sich selbst* und *Sex*. Zum dritten Messzeitpunkt unterschied sich die Zusammensetzung der häufigsten Emotionen stärker als zu den vorherigen. Der Therapeut fokussierte quantitativ stärker auf der *Angst* und der *Trauer* als der Patient.

Zum vierten Messzeitpunkt äußerte der Patient in einem für ihn hohen Ausmaß *negative Gefühle gegen sich selbst* (*Ekel*, *Verachtung* und *Ärger*) sowie *Hilflosigkeit* und *Trauer*. Der Therapeut war hier in seiner Emotionszusammensetzung deutlich *positiver*. Er äußerte neben *Verachtung gegen sich selbst* auch *Hilflosigkeit* und *Ekel vor anderen* sowie *Verlangen* und *Liebe für andere*.

Der Tenor zum fünften Messzeitpunkt war dann wieder sehr viel positiver als bei der vorherigen Messung. Der Patient benannte hauptsächlich *Hilflosigkeit*, *Liebe für andere*, *Freude*, *Verlangen* sowie *Schuld*. Der Therapeut verbalisierte *Freude*, *Verlangen*, *Bewunderung für andere*, *Hilflosigkeit* und *ebenfalls Schuld*.

Zum sechsten und letzten Messzeitpunkt verbalisierten der Therapeut und Patient viel *Liebe für andere*, *Trauer*, *Angst*, *Verlangen* und *Ärger gegen andere*. Die Zusammensetzung der häufigsten Emotionen stimmte wie zur ersten Messung hier wieder in nahezu identischem Ausmaß überein.

Zusammenfassend entstand bei der Betrachtung der *impliziten Mentalisierung* der Eindruck, dass sich der Therapeut gut auf den Patienten einschwingen konnte. Dies war bereits beim ersten Messzeitpunkt der Fall. Obwohl der Patient und auch der Therapeut sehr viele verschiedene Emotionen verbalisierten, stimmten ihre *häufigsten Emotionen* in großem Ausmaß überein. Deutlich wurde, dass der Therapeut zu den früheren Messzeitpunkten mehr *negative Emotionen* verbalisierte. Der Patient zog nach und verbalisierte zu den nachfolgenden Messzeitpunkten ebenfalls vermehrt *negative Emotionen*. Einzig der vierte Messzeitpunkt wies ein anderes Muster auf, denn Therapeut und Patient stimmten hier in ihrer *impliziten Mentalisierung* weniger überein als zu den vorherigen Messzeitpunkten. Der Therapeut verbalisierte hier vermehrt *positive Gefühle*.

Die folgende Abbildung 55 visualisiert nun die explizite Mentalisierung von ausgewählten *unangenehmen Emotionen*, die in der *Therapie 1* relevant wurden:

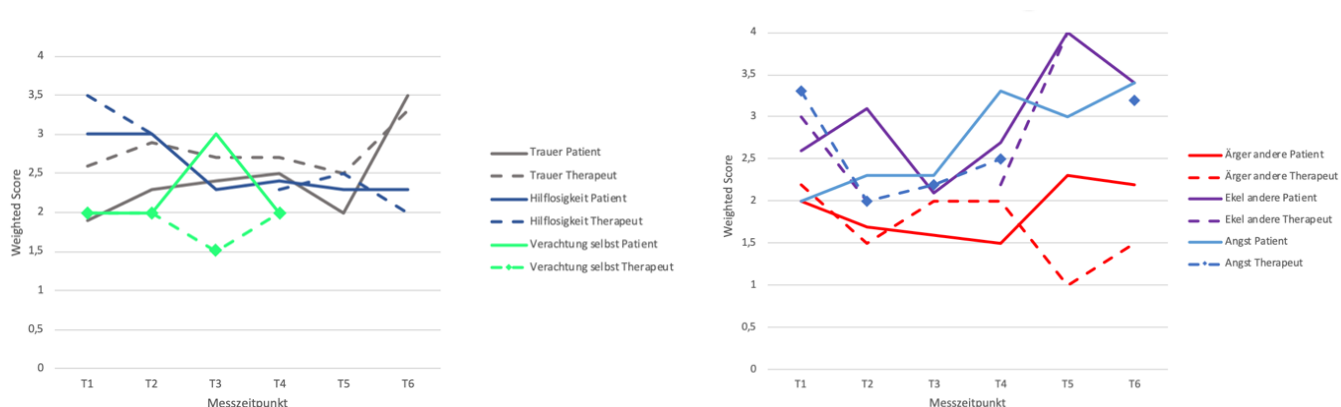


Abbildung 55: Therapie 1 - Explizite Mentalisierung (Weighted Scores) von Patient und Therapeut im Vergleich

Bei der Betrachtung der *expliziten Mentalisierung* fiel für die *Trauer* auf, dass der Therapeut diese Emotion über die Therapie hinweg *explizit mentalisierter* ausdrückte als der Patient, wobei sich beide aber zur letzten Messung glichen. Dieses Muster zeigte sich bei den anderen Emotionen nicht. Bei der *Hilflosigkeit* schienen Therapeut und Patient sich recht ähnlich auszudrücken. Die *Verachtung gegen sich selbst* verbalisierte der Therapeut zum dritten und vierten Messzeitpunkt unmentalisiert als der Patient. Auch bei dem *Ärger gegen andere* und der *Angst* ließ sich kein Muster erkennen. Sichtbar wurde jedoch eine beidseitige *Variabilität* im verbalen Ausdruck der Emotionen.

Im folgenden Abschnitt sollen die einzelnen Messzeitpunkte detailliert besprochen werden.

Erster Messzeitpunkt – Therapie 1

Inhaltlich ging es zum ersten Messzeitpunkt um den Grund für die Aufnahme der Therapie und die Symptome des homosexuellen Patienten sowie um seine Partnerwahl. Betrachtete man *Häufungen von emotionalen Einheiten* ließen sich zwei emotionale Knoten für den ersten Messzeitpunkt ausfindig machen: Der erste Knoten bestand aus einer Schilderung der Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten, die zur Aufnahme der Therapie geführt hatten. Zur Mitte des Messzeitpunkts ging es darum, wie der Patient seine Kontakte erlebte und wie er sich anderen gegenüber verhielt, wenn es ihm schlecht ging (Knoten Nr. 2).

Zu Beginn berichtete der Patient von seinen *unangenehmen Gefühlen*. Diese wurden größtenteils als *wenig mentalisierte Trauer* in *somatischer* und *motorischer Form* geratet oder als *negativ undifferenzierte Aussagen*. Der Therapeut regierte an diesen Stellen hauptsächlich mit Paraphrasierungen („*schlechte Phasen*“, „*leider*“), die als Gesprächstechnik der Zugewandtheit und der Signalisierung von Aufnahmebereitschaft und Empathie beschrieben werden könnten. Zum anderen griff er die verbalisierte *motorische* und *somatische Trauer* des Patienten auf und drückte sie etwas mentalisierter

(verbaler Kanal) aus, ohne sie jedoch konkret zu benennen („sich arg fühlen“). Dies sah im Gesprächsverlauf so aus:

Patient: Also es ist so, dass ich im Grunde ja so Phasen habe wo ich völlig gelähmt bin und, und ich sitz auf meinem Sofa und tu nichts! und fühl mich aber nicht gut, weil; na ja ist mal schön aber ich fühl mich nicht gut ... Da hat ich Geburtstag, da hab ich nicht gegessen...

T: Mhm, in den schlechten Phasen...

P: Ja und sagen wir mal, es fällt nicht auf, weil äh, so offiziell oder so im Arbeitsleben tritt das nicht zu Tage, weil wenn ich zu tun hab, was mir Spaß macht, dann arbeite ich gern aber privat, privat...

T: Mhm, da geht's leider nicht.

P: Die Pflege der privaten Kontakte das ist natürlich zusammengeschmolzen ...

T: In den Zeiten, wo es Ihnen schlecht geht, diese Dinge wirklich sehr arg sind, sich sehr arg anfühlen für Sie.

Textausschnitt 1 (Patient 1, T1). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Der Patient berichtete in der Folge von seinen privaten Kontakten. Er beschrieb, dass er in „schlechten Phasen“ eine Art *Ekel* vor Menschen empfinde. Wenn in dieser Phase trotz seiner Rückzugstendenz ein Kontakt stattfinde, sei er über die Art und Weise des Kontaktes unzufrieden. Dies drückte er in wenig *mentalisierten feindseligen Gefühlen* aus:

Patient: Also ich erzähl das nicht von selbst, aber hab dann immer am Ende so das Gefühl gehabt, ich krieg das alles ab, was Leute so für Probleme haben... was sie so ähm bewegt und, und erlebt haben, und was weiß ich. Ich mag sie dann einfach nicht. ... Ich find sie dann hässlich ... wenn die immer was erzählen, was ich gar nicht wissen will.. Ich könnt ja mehr von mir erzählen, aber..

Therapeut: Wo Sie Ihre Vorstellungen dann so ein bisschen dann in den anderen reinlegen, wo Sie es vielleicht als Zumutung empfinden würden, ja die Annahme haben, der andere könnte das vielleicht auch, außer er würd' eindeutig durch sein Fragen und seine Art zeigen, dass er wirklich Interesse hat...

Patient: Also es ist mehr so was ich; ich weiß nicht, was ich mir da wünschen würde, ich würde mir die richtigen Fragen wünschen ... also dass es jemanden wirklich interessiert.

Textausschnitt 2 (Patient 1, T1). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Die Aussage des Therapeuten könnte man an dieser Stelle als eine Art Übertragungsdeutung klassifizieren, in der er dem Patienten spiegelte, dass er seine eigene abwertende Annahme über andere (die eine „Zumutung“ sind; nach MICA: *Verachtung gegen andere*) vielleicht auch bei anderen befürchtete. Auf einer tieferen Ebene wirkte es hier so, als verhandelten die beiden auch

Beziehungswünsche, die sich auch auf die Behandlung bezogen und vom Therapeuten an anderer Stelle auch so benannt wurden (*Therapeut*: „...*Sie da vielleicht nicht sicher waren, ob ich wirklich Interesse haben würde, oder ob ich es eventuell sogar als eine Zumutung empfinden würde, was Sie mir alles erzählen würden*“). Das Thema des häufig angesprochenen *Interesses* wurde nach der MICA als *Liebe für andere* geratet. *Liebe für andere* wurde von Lecours (2013) in den Kanon der Emotionen aufgenommen, um die spezielle Art des *Interesses für andere Menschen* zu kennzeichnen.

In der klinisch-psychoanalytischen Betrachtung der Stunde gab es ein weiteres Thema, das als relevant eingeschätzt wurde, jedoch von der GEVA- und MICA nicht in vollem Ausmaß erfasst wurde. Der Patient berichtete dabei von Männern und von dem „*ungelösten Geheimnis*“, das diese Männer umgeben habe. Gemeint war damit, dass er nicht wusste, ob die Männer schwul oder heterosexuell waren. In der Schilderung wirkte es so, als fühlte sich der Patient hauptsächlich von diesen nicht verfügbaren heterosexuellen Männern angezogen und als gestalte er diese Kontakte so, dass er lange Zeit absichtlich ohne Klärung der sexuellen Orientierung in dieser von ihm als „*Schwebezustand*“ beschriebenen Situation verblieb. Die Schilderungen empfand die Verfasserin als bedeutsam, jedoch wurden weder der „*Schwebezustand*“ noch das „*ungelöste Geheimnis*“ als affektive Einheiten geratet. Die genaue Funktion dieser Beziehungsgestaltung blieb zunächst unklar. Es ist denkbar, dass der Patient eventuell vor einer erwachsenen, sexuellen Beziehung auf Augenhöhe oder vor realer Sexualität Angst hatte und diese durch seine Männerwahl von vorneherein unmöglich machte.

In Bezug auf den Therapeuten gab es keine auffälligen emotionalen Einheiten, die über das bereits Berichtete hinausgingen. Zusammenfassend kann der Gesprächsstil des Therapeuten als zugewandt und empathisch beschrieben werden. Der Therapeut war aufmerksam und ging mit den Emotionen des Patienten mit, explorierte sie und fasste zusammen. Häufig griff er die Wortwahl des Patienten auf, was den *Weighted Score* für manche *negativen Emotionen* schlechter erschienen ließ, als es das Durcharbeiten des Protokolls nahelegte. Häufig *mentalisierte* der Therapeut die negativen Emotionen etwas angeeigneter als der Patient, ohne jedoch die Gefühle direkt anzusprechen (wie zum Beispiel bei der *Trauer*: „*Das ist arg für Sie.*“). Das Gespräch wirkte gut im Fluss. An manchen Stellen deutete der Therapeut und stellte Zusammenhänge her oder bezog die negativen Gefühle und Wünsche des Patienten auf die Therapie (Thema: eine *Zumutung* sein).

Zweiter Messzeitpunkt – Therapie 1

Wie schon aus der Einzeldarstellung (Abschnitt 4.1.1) ersichtlich, überwogen zum zweiten Messzeitpunkt beim Patienten angenehme Gefühle wie *Liebe für andere*, *Verlangen* und *Interesse*. Inhaltlich bezog sich der zweite Messzeitpunkt auf zwei Themen. Zum einen thematisierte der Patient,

dass eine Kollegin wohl derzeit (*sexuelles*) Interesse an ihm hatte. Der Patient überlegte dabei, ob er vielleicht doch auch heterosexuelle Anteile habe und sich für die Kollegin interessieren könnte. Er sprach dabei auch von seiner Mutter, bei der er den Wunsch verspüre, dass sie ihn lieber heterosexuell hätte. Folgende Szene bezog sich auf die Wünsche der Mutter des Patienten und zeigt exemplarisch die Interaktion zwischen Patient und Therapeut in Bezug auf das erste Hauptthema, das einen emotionalen Knoten darstellte:

*Patient: Also meine Mutter kann das einfach viel schlechter verbergen, das was ihre eigentlichen Motive sind. Das, was sie, wo sie, wo sie ihre Hoffnung sieht... das ist zwar sehr, sehr klein und plötzlich, ganz versteckt, aber für mich sehr deutlich ist, dieses eine Thema, da will sie nichts mehr wissen... da gibt es Dinge, die sie freuen, also, was weiß ich,... , mit einem Mädchen ... ist quasi schon ein gutes Zeichen, da könnte doch noch alles gut werden. Da, wo 's mir irgendwie wichtig ist **[gemeint ist die Interaktion mit einer männlichen Person; Anmerkung der Verfasserin]**, wo ich eigentlich rüberbringen will, dass das schön war oder, dass das für mich irgend 'ne Bedeutung hat, da wiederum steigt sie halt einfach gar nicht ein.*

T: Hmmm. Wo Sie wohl das Gefühl haben, das da gar keine Unterstützung, gar keine Bejahung kommt oder ihre Mutter da ist für das, was Sie sich eigentlich wünschen...

P: Also, des is noch nich mal, ähm, des is ja nich negativ, also, was sie da sagt, das hat sie ja nicht abfällig oder sonst irgendwas, aber in der Kombination äußert sie sich eben in dem andern Fall so sehr viel positiver.

Textausschnitt 3 (Patient 1, T2). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

In obigem Textbeispiel verbalisierte der Patient nach GEVA und MICA wenig mentalisierten Ekel von Seiten der Mutter („dieses eine Thema, da will sie nichts mehr wissen, da steigt sie nicht ein“). Der Therapeut fasste nach GEVA- und MICA die nicht gezeigte Liebe der Mutter zusammen („Unterstützung“ und „Bejahung“ wurden als *Liebe für andere gewertet*, in diesem Fall verneint). Es entstand dabei der Eindruck, dass der Patient an dieser Stelle die Mutter schützte („das hat sie ja nicht abfällig gesagt“), indem er die *Verachtung* der Mutter verneinte.

Der zweite emotionale Knoten blieb bruchstückhaft und assoziativ, bezog sich aber emotional vor allem auf die frühere Beziehungsgestaltung des Patienten außerhalb des Elternhauses. Der Patient berichtete dabei zunächst von Gefühlen des Ausgeschlossenenseins und des Nicht-Dazugehörens während seiner Schulzeit und äußerte *wenig mentalisierte Trauer* (Patient: „da bin ich ausgesperrt, da habe ich keinen Zugang, da gehöre ich nicht dazu“). Er berichtete anschließend Szenen, in denen er sich als Folge eher an die Pädagogen oder später an seine Vorgesetzten gehalten habe als an die Mitschüler oder Kollegen. Dabei wurde die narzisstische Beziehungsgestaltung des Patienten deutlich, und er verbalisierte die

Bewunderung der anderen für ihn („für die war ich irgendwie das *Besondere*“, also „diese besondere Beziehung“). Er beschrieb anschließend wenig *mentalisierten Ekel* und wenig *mentalisierte Trauer*, wenn diese „besondere“ Beziehung dann zerbrach („Das löst ganz starke Gefühle aus will mich betäuben, ich muss was ändern, ich muss hier weg!“). Der Therapeut griff das Erleben des Patienten auf und bezog es auf die therapeutische Beziehung und benannte die vom Patienten *wenig mentalisierte Trauer* in bildlicher Form („Das tut weh“) und verbalisierte die Wünsche (nach MICA: *Verlangen*) des Patienten:

Therapeut.: Wenn Sie noch einmal an die Situation denken, wo das Ende der Stunde für Sie so überraschend war ...Wenn es unvorbereitet über Sie einbricht, dass das so wie ein Gebäude „der Besondere zu sein“ zu einem Einsturz bringt. Und Ihnen das sehr weh tut, das so anzunehmen.

...

Der Patient ging an dieser Stelle zunächst nicht auf diese Deutung ein, sondern sprach darüber, wie verletzend es für ihn sei, wenn Freunde sich von ihm abwenden. Kurz darauf nahm er aber auf die Aussage des Therapeuten Bezug.

...

Patient.: Ja, es ist natürlich so, dass es während der Stunde interessiert, dann so ein Signal kommt wo jetzt „interessiert es mich nicht mehr“ bzw. hat man einfach Wege die, also die von vornherein vereinbart sind und so. Aber dieses Gefühl, was dabei so Gestalt annimmt. So „Ich wende mich jetzt anderen Dingen zu.“ Das hat jetzt, das hat jetzt eh, bis zur nächsten Stunde keine Bedeutung mehr für mich.

Therapeut: (15 sec.) Ja, vielleicht bedarf es den Hintergrund dessen, was Sie ersehnt hatten und dessen Verwirklichung sehr erhofft hatten wie Betrug vorkommt.

Patient: (längere Pause): Ja das, das... schämen... Die Situation war nicht gut.

Textausschnitt 4 (Patient 1, T2). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

In der psychoanalytisch-klinischen Betrachtung könnte man die beiden emotionalen Kernthemen des zweiten Messzeitpunktes inhaltlich verbinden und eine Hypothese zur Entstehung der narzisstischen Thematik des Patienten ableiten: Eventuell hat der Patient keine „Bejahung“ (*Liebe*) für seine Person durch seine Eltern bzw. Mutter erfahren und hielt sich so in der Folge an andere elterliche Figuren, die er mit Leistung versuchte für sich zu gewinnen (vor allem verschiedene Lehrer). Diese *Bewunderung* der anderen kaschierte womöglich kurzfristig den frühen Schmerz (*Trauer*) des Sich-nicht-angenommen-Fühlens. Der Schmerz (*Trauer*) brach jedoch jedes Mal erneut durch, wenn die *Bewunderung* abflaute. Der Patient reagierte auf den Wegfall der *Bewunderung* mit *Ekel* (*ausstoßen, davonlaufen*) und wenig *mentalisierten*, da vermutlich schwer auszuhaltender *Trauer* („betäuben“). Seine eigentlichen Wünsche nach authentischem *Interesse* an seiner Person bzw. nach *Liebe* blieben unbeantwortet, was natürlich auch in der Wahl seiner (weit entfernten und letztlich nicht verfügbaren) Liebesobjekte lag (Lehrer, Vorgesetzte, heterosexuelle Männer).

Auch zum zweiten Messzeitpunkt gab es in Bezug auf den Therapeuten keine auffälligen emotionalen Einheiten, die über das bereits Berichtete hinausgingen. Der Gesprächsstil des Therapeuten war zurückhaltend, aber zugewandt. Das Gespräch wirkte gut im Fluss. Der Therapeut thematisierte häufiger als zum ersten Messzeitpunkt seine Beziehung zum Patienten und versuchte die Beziehungswünsche und Angebote des Patienten im Kontakt mit ihm zu ergründen.

Zusammenfassend steht der Gesamteindruck des zweiten Messzeitpunktes in einem gewissen Widerspruch zur *GEVA*- und *MICA*-Wertung. Obwohl nach *GEVA* und *MICA* quantitativ eher *angenehme Gefühle* vorherrschten, wirkte doch gerade das eben geschilderte Ende des zweiten Messzeitpunktes sehr schmerzhaft und nahe am Kernkonflikt des Patienten. Zwar wurde die *Beschämung*, als die Stunde endete, sowie die *Wünsche nach Bewunderung des Patienten von GEVA und MICA* erfasst, jedoch waren sie weder in ihrem *expliziten Mentalisierungsgrad* noch in ihrer *Quantität* auffällig: So wurde die *Scham* des Patienten von ihm selbst in gut mentalisierter Form an einer Stelle ausgedrückt, jedoch bestimmte diese einzelne Äußerung für die Verfasserin den Gesamttenor und den Nachhall der Therapiestunde deutlich mehr als die hohe Anzahl der *angenehmen verbalisierten Emotionen* nach *GEVA* und *MICA*.

Dritter Messzeitpunkt – Therapie 1

Inhaltlich drehte sich der dritte Messzeitpunkt um die Homosexualität des Patienten und die damit einhergehenden *unangenehmen Gefühle*. Es ging außerdem um die thematische Annäherung an einen Konflikt in der Therapie, der dem Patienten *Angst* machte. Konkrete Inhalte waren über weite Stellen hinweg schwer greifbar, vielmehr wurden bestimmte Gefühle, die sich eventuell auf vorherige Stunden bezogen, assoziativ und oft in *Bildern* beschrieben. Inhaltlich schilderte der Patient erneut das Muster, dass er sich häufig heterosexuellen Männern zuwandte und auf einen „*Triumph*“ (geratet als *Bewunderung für sich selbst*) hoffte, wenn er es schaffen würde, diese heterosexuellen Männer zu verführen. Gleichzeitig beschrieb er die sich ständig wiederholende *Beschädigung seines Selbstwerts* (nach *MICA*: *Verachtung selbst*), wenn das nicht geschehe (Patient: „Wenn das nicht gelingt, dann ...ja, kann ich so viel nicht wert sein“)

Anschließend beschrieb der Patient, wie sich für ihn das offen-schwule Verhalten von zwei Freunden anfühlte, und benannte dabei in erster Linie *Hilflosigkeit*, *Scham* und *Angst* (Patient: „dann fehlt mir so eine Art Schutzhülle. Also ich bin dann so ausgeliefert. ... Ich weiß nicht, die beiden verhalten sich für mich eher auffällig...Also mir ist es sehr unangenehm, wenn wir so in einem Lokal sitzen...“). Patient und Therapeut versuchten sich der Frage zu nähern, warum das Zeigen der Homosexualität so problematisch für den Patienten war, wobei der Therapeut häufig die *Angst* des Patienten bildlich benannte (Therapeut: „Ich fühle, es bedroht Sie richtig.“).

In der Folge ging es vom Gefühl des *sexuellen* Bedrängtwerdens um das Bedrängtwerden, das der Patient in der *therapeutischen Beziehung* erlebte. Es kam zum emotionalen Knoten des dritten Messzeitpunktes, nämlich einer längeren Sequenz, in der sich eine emotionale Einheit an die andere reihte. Der Patient äußerte dabei häufig *wenig mentalisierten Ärger* gegen den Therapeuten („*Das muss doch jetzt nicht sein, ich will verdammt noch mal nicht darüber reden*“), der jedoch vom Therapeuten nicht aufgegriffen wurde:

Patient: Und ähm – so habe ich da auch eigentlich drüber nachgedacht über unsere Zusammenarbeit, weil ich eigentlich da auch so über dieses Drängen, und mir gedacht habe: also das muss doch jetzt nicht sein, und warum scheint das der Fokus zu sein, und warum ist dieses Thema so wichtig? Ich will verdammt noch mal einfach nicht drüber reden...

T: Wie durch so ein Martyrium, durch das man durch muss?

P: Also was die Analyse betrifft würd ich es so sehen. Also Gestern zum Beispiel, äh und ich würde sagen zur Zeit geht's mir eigentlich gut äh hab ich mich hinterher –ziemlich mies gefühlt. Und zwar letztlich genauso perspektivlos wie in einer schlechten Phase. Wo noch kein Weg der Besserung ist. Ich hab das Gefühl ich find es unfair! Warum muss ich mit damit beschäftigen?

Textausschnitt 5 (Patient 1, T3). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Das vom Therapeuten benannte Bild des *Martyriums* wurde nach *GEVA* und *MICA* als bildliche *Trauer* geratet. Dieses Bild war emotional gesehen an der Stelle nicht zutreffend, da der Patient selbst zuvor keine *Trauer*, sondern vor allem *feindselige Gefühle* gegen den Therapeuten geäußert hatte. Nachdem der Therapeut aber die *Trauer* verbalisiert hatte, sprach der Patient in der Folge von *undifferenziert negativen Gefühlen* („*schlechte Phase, mies*“) und *Hilflosigkeit* („*perspektivlos*“, „*kein Weg der Besserung*“). Kurz darauf kam es zu einem *Einbruch in der Affektmentalisierung*. Der Patient sprach thematisch in direkter Folge über eine Operation, die für ihn nicht den gewünschten Erfolg erbracht hatte. Es entstand der Eindruck, dass dies eventuell auch durch den emotionalen *Mismatch* von Patient und Therapeut an der Stelle bedingt war, an der der Therapeut nicht die *feindseligen Gefühle des Patienten* aufgriff. Bei dem Mentalisierungseinbruch war stellenweise nicht mehr klar, ob sich die Aussagen des Patienten auf die Therapie oder auf die Operation bezogen:

Patient: Dann hab ich natürlich das Gefühl, dass ich in diesen Dingen, mit denen ich da so kämpfe eigentlich ziemlich tapfer bin... Es einfach, einfach nicht besser, nicht weg, und die Narbe von der Operation macht was sie will und fühlt sich nicht besonders gut an. Also ich hab keine Schmerzen, aber wenn man was tastet oder so, dann fühlt sich das einfach schlecht an. Und irgendwie, das hat

wenig Perspektive, da hätte ich so gern den Ausweg irgendwie, warum muss ich dieses Thema überhaupt behandeln? Da wo ich schon mal war am Anfang. Warum kann ich des nicht einfach aussitzen?

T: Ich meine die Idee des Martyriums legt schon irgendwie nahe, warum Sie sich dem aussetzen müssen.

P: Ja für irgendeine Erlösung oder so.

Textausschnitt 6 (Patient 1, T3). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Die Ausführungen des Patienten wurden an dieser Stelle als *unmentalisierte negative Emotionen* (gegen den Therapeuten oder die Therapie) geratet, da sie in direkter Folge auf den *vorherigen Ärger* und das *Bild des Martyriums* geäußert wurden. Der Therapeut reagierte insofern „richtig“, da er thematisch bei der Therapie blieb. Man kann jedoch hier erneut von einem gewissen *Mismatch* sprechen, da die *aggressiven Emotionen* des Patienten nicht gespiegelt oder thematisch aufgegriffen wurden.

Betrachtet man die eben geschilderte Szene aus klinisch-psychoanalytischer Perspektive, so liegt der Eindruck nahe, dass der Patient sich zum dritten Messzeitpunkt vom Therapeuten zu bestimmten Themen in der Therapie gezwungen fühlte, und – bildlich gesprochen – Sorge hatte, dass man an ihm eine Operation durchführen könnte, bei der er – um weiter in der bildlichen Sprache zu bleiben – aufgeschnitten werden würde, Narben zurückblieben und dennoch keine Besserung eintreten würde. Der Therapeut benannte zwar die *unangenehmen Gefühle des Patienten* im Bild des *Martyriums*, es entstand aber der Eindruck, dass der Therapeut (an dieser Stelle) die negativen Gefühle zwischen den beiden nicht explorieren sondern den Patienten ermutigen wollte, weiter für seine „Erlösung“ zu kämpfen.

Der Therapeut wirkte insgesamt erneut schwingungsfähig und ging bei vielen Emotionen des Patienten mit. Gemessen an den *GEVA*- und *MICA*-Werten versäumte es der Therapeut jedoch, auf wenig *mentalisierte negative Emotionen* des Patienten einzugehen, die sich insbesondere auf den Therapeuten oder die Analyse bezogen (*Ärger gegen den Therapeuten, wenig mentalisierte Hilflosigkeit in Bezug auf die Operation*). Dieser zum ersten Mal auftretende *Mismatch* zeigte sich auch in den *GEVA* und *MICA*-Werten, wo sich Patient und Therapeut deutlicher unterschieden als zu Beginn der Therapie.

Wichtige emotionale Themen des dritten Messzeitpunkts wurden von der *GEVA- und MICA-Wertung* recht umfassend erfasst (*Angst, Sex, Ekel vor anderen und Hilflosigkeit*). Thematisch drehte es sich letztlich um die *Angst* des Patienten, sich seinem Innersten weiter zuzuwenden und den bereits begonnen Prozess der Therapie voranschreiten zu lassen. Diese *Angst* stand thematisch in einem

Zusammenhang mit *Sex* und *Ekel*. Die Emotion *Sex* sowie die Emotion *Ekel gegen andere* waren zum dritten Messzeitpunkt mengenmäßig beim Patienten am stärksten ausgeprägt (im Vergleich mit den anderen Messzeitpunkten). Diese *Angst vor* bzw. die *Ablehnung von Sex* war jedoch nicht ausreichend *mentalisiert*, beziehungsweise es entstand der Eindruck, dass die Zusammenhänge dem Patienten nicht bewusst waren. Das Thema deutete sich aber an, denn der Patient äußerte erstmals offener die Probleme mit einer schwulen Sexualität, wenn auch in sehr *externalisierter* Form: Er verbalisierte *wenig mentalisierten Ekel* in Bezug auf das offene Zeigen von Homosexualität *bei anderen*.

Vierter Messzeitpunkt – Therapie 1

Inhaltlich gesehen war der vierte Messzeitpunkt von besonderer *emotionaler Dichte*. Es war nicht möglich, einen emotionalen Knoten zu bestimmen. Der Patient sprach während des vierten Messzeitpunktes vor allem über das vorangehende Wochenende, an dem er in massivem Umfang *unangenehme* und *wenig mentalisierte negative Gefühle* empfand. Er bezeichnete sich dabei an vielen Stellen als „*hässlich*“ und verbalisierte auch die Phantasie, sich selbst zu töten.

Der Therapeut versuchte zunächst, die Gefühle des Wochenendes zu explorieren. Es zeigte sich dabei, dass die vorangegangene Analysestunde wohl die *negativen Gefühle* ausgelöst hatte. In dieser ging es um die Pläne des Patienten, sein Studium wieder aufzunehmen, was beim Patienten Versagensängste auslöste und auch mit einer potentiellen Stundenreduktion in der analytischen Therapie verbunden war. Der Therapeut hatte im Vergleich zu den vorherigen Messzeitpunkten einen sehr hohen Redeanteil. Über weite Stellen hinweg sprachen beide gleich viel. Auch der Gesprächsstil des Therapeuten unterschied sich stark zu den vorherigen Messungen. So offenbarte er an einigen Stellen *seine eigenen Gefühle* und stellte klar seine Sichtweise in den Raum.

Exemplarische Gesprächssequenzen sollen wiedergegeben werden. An der nun zitierten Stelle thematisierte der Patient *Verachtung* und *Ärger gegen sich selbst* und äußerte die Idee, dass er das Studium nicht schaffen könnte:

Patient: Hab keine Ahnung, ob 's mit der hässlichen Stelle zu tun hat ... oder nicht, aber ähm, es ist irgendwie insgesamt schlimmer geworden ... ich hatte eigentlich nie ernsthaft drüber nachgedacht, dass ich mich umbringe und ähm, jetzt ist es was einfach immer öfter als Lösung auftaucht weil mir so die Hoffnung ausgeht. Ich glaube, ich kann 's einfach nicht mehr und die Angst in mir drin, dass ich zu blöd dazu bin.

Textausschnitt 7 (Patient 1, T4). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Im Gesprächsverlauf wurde deutlich, dass sich der Patient nicht ausreichend unterstützt gefühlt hatte vom Therapeuten. Er beschrieb, wie dringend er das Studium benötigte, auch um seinen Selbstwert zu stabilisieren. Der Therapeut deutete hier, dass der Patient sich vermutlich in Bezug auf die Selbstwertthematik („*hässliche Stelle*“) gewünscht hätte, dass der Therapeut seine Aussagen stärker abgelehnt hätte, und benannte *bildlich* die narzisstisch-aufgeladenen *Wünsche nach Bewunderung* des Patienten:

Patient: (bezogen aufs Studium): Es fühlt sich so an, als wär das so 'ne Art letzte Chance, ähm, nicht Opfer dieser eigenen hässlichen Ideen zu sein, die ich da habe.

Therapeut: Ich glaub dann passt das irgendwie auch in der Hinsicht zur letzten Stunde ganz gut, weil mir kam das so vor, als ob es in der letzten Stunde so deutlich, fast greifbar benannt war, was Ihre hässlichen Ideen sind, und ich hab mich überhaupt nicht so verhalten als gäbe es die nicht.

Patient: Dann mag mir das schon als Bestätigung vorgekommen sein.

Therapeut Ich hab ja nichts gesagt in dem Sinne das sind doch keine hässlichen Ideen oder das ist doch gar nicht hässlich.

Patient: Aber ich mein, ich mach doch diese, diese Projekte nicht deswegen, oder ich glaube, diese, diese groß angelegten und überdimensioniert, sag ich mal, ähm, diese überdimensionierten Projekte sind einfach dazu da, das Gegenteil zu beweisen, also ich muss ja ganz schön was aufbieten...

Therapeut: Und wie ich mich insgesamt benehme, angesichts meiner neutralen Ausdrucksweise, genügt auch nicht, weil es kümmerlich ist. Ich glaub, dass hier sehr viel passiert ist, und dass hier zwischen uns beiden, was Sie immer wieder als Beweis dafür hernehmen, dass ich von Ihrer Hässlichkeit überzeugt bin.

Textausschnitt 8 (Patient 1, T4). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Im weiteren Verlauf benannte der Therapeut recht klar seine Sichtweise. Er empfand es so, als habe er keine Chance erhalten, den Patienten bei seinem Studiumsvorhaben mental zu unterstützen, da der Patient seine Pläne gar nicht komplett offen gelegt hatte (*Therapeut: Die Möglichkeit, dass ich auf das viel früher hätte aktiv und befürwortend eingehen können, ist dann vertan.*)

Nachdem dieser „Auslöser“ für die *negativen Gefühle* am Wochenende aufgefunden gemacht worden war, beschrieb der Patient, wie *schlecht* es ihm *emotional* ging. Er benannte dabei hauptsächlich wenig *mentalisierte, unangenehme körperliche Zustände*, die meist als *Trauer* geratet wurden (Patient: *Ich bin unfähig zu telefonieren; ich liege nur herum*). Der Therapeut verhielt sich an dieser Stelle ungewohnt offen, verbalisierte die *Liebe der anderen* für den Patienten, gab *Ratschläge* und ermutigte den Patienten, sich anders zu verhalten:

Therapeut: Das ist, glaube ich, ein wichtiger Punkt. Weil ich am Überlegen bin, ich denke an Prophylaxe, um das klar zu sagen, mal in einem anderen Wort. Wir sind möglicherweise in einem, in einer Situation, wo seelische Logik ohne Prophylaxe nicht denkbar ist... könnte ja denken, „Ich merke, mir ist heute nach Sofa zumute. Ich liege jetzt schon eine halbe Stunde auf den Sofa, es könnte darauf hinauslaufen, ich werde den Tag auf den Sofa liegen. Das wird dazu führen oder es wird so sein, dass das vielleicht so ein schlimmes Wochenende wird. Ich liege jetzt schon eine halbe Stunde auf dem Sofa, ich rufe jetzt jemand an, da das wahrscheinlich der Zustand ist, der mir bevor steht. Und ähm, ob, wir miteinander überlegen können, äh dass wir irgendwas tun können, dass es dazu nicht kommt“

Textausschnitt 9 (Patient 1, T4). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Der klinisch-psychoanalytische Eindruck der Stunde war folgender: Der Patient war zum vierten Messzeitpunkt am Kern seines Konfliktes angekommen. Die *Verachtung gegen sich selbst* (seine „Hässlichkeit“) sowie die Maßnahmen, die er ergriff, um von der *Verachtung gegen sich selbst* abzulenken, wie das Studiumsvorhaben, das völlig überhöht geschildert wurde, sowie die Brüchigkeit seines narzisstischen Bewältigungsmodus mit einhergehenden Suizidgedanken bei vermuteter Kritik von außen wurden deutlich. Passend zur Krise des Patienten thematisierte der Therapeut ungewohnt offen die maligne Beziehungsgestaltung des Patienten, die darin bestand, dass der Patient einerseits niemand an seinen Plänen teilhaben ließ (Beginn des Studium), andererseits dann aber bei der Offenbarung seiner im Inneren über lange Zeit ausgearbeiteten Pläne einen ganz spezifischen und überhöhten Anspruch an die Reaktion des anderen (des Therapeuten) in Bezug auf diese Pläne hatte (*keine Neutralität oder Verwunderung, sondern tosender Beifall*). Es entstand zudem der Eindruck, dass der konkrete Rat des Therapeuten, was während des Einbruchs zu tun sein könnte, zwar einerseits Ausdruck von Hilflosigkeit war, jedoch andererseits auch ein dringendes Bemühen zeigte und Ausdruck seiner Zuneigung war. War der Therapeut bei den vorherigen Messzeitpunkten eher bei den negativen Emotionen des Patienten geblieben, setzte er ihnen hier aktiv *angenehme Emotionen* entgegen.

Die *GEVA-* und *MICA-Wertung* war zu einem gewissen Teil in der Lage, das emotionale Geschehen in der Stunde abzubilden. So zeigten sie sowohl den „Einbruch des Patienten“ als auch die positivere Zusammensetzung der Emotionen des Therapeuten.

Fünfter Messzeitpunkt – Therapie 1

Der Tenor zum fünften Messzeitpunkt war sehr viel positiver als bei der vorherigen Messung. Der Großteil der emotionalen Einheiten (emotionaler Knoten) gruppierte sich dabei um das Thema der *Hilflosigkeit des Patienten*, die sich darauf bezog, dass ihm ein Teil seines bisherigen (narzisstischen) Umgangs mit Unsicherheiten verloren gegangen war und er bislang keine alternativen Handlungspläne

hatte. Der Patient berichtete, dass er das Gefühl hatte, dass er nahezu alle seine *Interessen* und sogar seine *Sexualität* bislang hauptsächlich dafür verwendet hatte, sich *Bewunderung von anderen* zu sichern. Der Therapeut begleitete ihn in diesen Aussagen und explorierte an einigen Stellen. Um die Entwicklung des Patienten zu skizzieren, sollen an dieser Stelle vor allem die Aussagen des Patienten wiedergegeben werden. Der Therapeut hatte hier einen eher geringeren Redeanteil und verbalisierte bildlich die *Hilflosigkeit* des Patienten aufgrund des Wegbruchs der Bewältigung („eine große Welle“):

Patient: Also im Moment, so was habe ich noch nicht erlebt bisher. Also mir ging's immer schon mal nicht gut oder so. Ähm. Aber ich hatte immer irgendwie eine Art Plan oder eine Vision oder ein Ziel. Und das ist mir so abhanden gekommen. Früher konnt' ich mir immer gut vorstellen, wie das mal wird, wie ich mal leben will, oder ähm...einfach schöne Gedanken, die...die mich dann zeitweise auch irgendwie ganz, die mich dann auch beflügelt. Es waren ganz unrealistische Sachen oft...aber...ich hab' mir vorgestellt, dass ich in einem Schloss wohnen werde und...irgendwie solche Dinge (lacht), aber (T: hm) ähm....es hat gut funktioniert und da ist zur Zeit so....so gar nichts, was ich mir wünschen würde zum Beispiel oder gar nichts, wovon ich träume.

Therapeut.: Das ist eine große Welle gewesen

Patient.: Nicht so abrupt. Ich hab das gestern so gemerkt, ...

Textausschnitt 10 (Patient 1, T5). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Der Therapeut war zum fünften Messzeitpunkt erneut aktiver als zu den ersten Messzeitpunkten, jedoch nicht so aktiv wie zum vierten Messzeitpunkt. Der therapeutische Stil wirkte wie eine Mischung der vorherigen Messungen. So explorierte er an einigen Stellen, blieb bei der Emotion des Patienten und mentalisierte die Emotion der *Hilflosigkeit* („eine große Welle“) bildhafter und angeeigneter als der Patient („es funktioniert nicht mehr“).

Die GEVA- und MICA-Wertung des fünften Messzeitpunktes konnte das wesentliche emotionale Thema gut abbilden (*Hilflosigkeit*). Was sich in der GEVA und MICA Wertung zwar *andeutete* (mehr angenehme Emotionen) jedoch nicht in vollem Ausmaß transportiert wurde, war die neuartige hoffnungsvollere Stimmung, die sich beim Durcharbeiten des Transkriptes einstellte.

Sechster Messzeitpunkt – Therapie 1

Der sechste Messzeitpunkt streifte verschiedene Themen, ohne auf einen spezifischen Inhalt zu fokussieren. Es ging im Wesentlichen um verschiedene Kontakte des Patienten mit verschiedenen Personen, Kollegen, Freunden und den Eltern des Patienten. Der Patient verbalisierte dabei erstmals *sehr viele Gefühle für das real anwesende, jeweilige Gegenüber* (*Liebe für andere, auch Ärger gegen*

andere, Scham und Freude im Kontakt). Emotional kam es in den geschilderten Szenen immer wieder zu der Frage der „*Passung*“ und des „*richtig Gesehenwerdens*“, auch des Gesehenwerdens als schwuler Mann und damit um den Umgang mit Sexualität.

Das folgende Beispiel bezieht sich auf den ersten von zwei emotionalen Knoten des sechsten Messzeitpunktes. Der Patient schilderte hier seine Unsicherheiten, als er – zumindest nach seiner Wahrnehmung – als einziger schwuler Mann auf einer Hochzeit eingeladen war. Er benannte verschiedene Gefühle, die er auf der Feier und im Gespräch mit einem jungen Vater dort erlebte. Zuvor hatte er über seine Unsicherheiten bei einem Vortrag gesprochen, auf den sich der Therapeut zu Beginn der Szene bezog:

Therapeut: Ja. Das...ich denk weil das letzten Montag und vielleicht noch mal spezieller dann vor der ungewissen Vortragssituation ähm...so nen Gefühl im Mittelpunkt stand bei Ihnen, äh..„Passe ich rein? Werde ich reinpassen? Ich passe nicht rein.

Patient: „ Blamiere ich mich? Blamiere ich andere?...

Therapeut: Und dass Sie das beschäftigt hatte, ähm zusammen auch mit der Hochzeitsfeier...So ein Gefühl könnte man sagen, „ich pass da nicht rein“...

Patient: Ja da habe ich definitiv nicht hingepasst. Da habe ich mich richtig verloren gefühlt. Ich habe das früher nicht so wahrgenommen, Also ich habe mich immer schon unwohl gefühlt, auf so großen Feiern... Oder auf Hochzeiten, aber ich dieses Mal hatte immerhin... [Personen] die auch meine Lebenssituation kennen, und dieser Vater, ähm, der mich da so fasziniert hat, der hat mich dann zwischendrin auch mal gefragt, ob ich zur Zeit allein bin...oder einen Freund hätte und so...da kann ich ohne darüber reden zu müssen, die ganze Zeit, einfach so sein, wie ich bin, das gefällt mir gut, das ist ein schönes Gefühl ...er hätte nicht unbedingt fragen müssen. Das war nun nicht notwendig, aber...find's trotzdem schön. Weil das ist, zeigt irgendwie, es interessiert jemand.

Textausschnitt 11 (Patient 1, T6). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Der Therapeut fasste hier die *Angst* des Patienten und den *Wunsch* des Patienten *bildlich* zusammen: „*Du passt rein*“ wurde als *bildlicher Ausdruck* von *Liebe* für den Patienten geratet, während das Bild des „*Du passt nicht rein*“ hier als *Trauer* des Patienten gescort wurde. Der Patient schien einen tieferen Zugang zu seinen Gefühlen in Bezug auf soziale Situationen gewonnen zu haben und äußerte Scham (*Blamiere ich mich?*) sowie sein Unwohlsein auf großen Feiern. Es war ihm jedoch auch möglich, ins Gespräch mit einem anderen zu finden, bei dem er (in den Transkripten erstmals das lang ersehnte) *Interesse* an seiner Person wahrnahm.

Der zweite emotionale Knoten bezog sich auf eine assoziative Schilderung des Patienten, bei der es zunächst um das offene Zeigen von Sexualität von anderen ging. Der Patient benannte hier *Anziehung* und *Ekel*. *Wünsche*, die eigene *Sexualität* zu zeigen, klangen an.

Patient: Also das spielt sicherlich eine Rolle. Wo ich mir denke, „ich will's nicht sehen“. Manches will ich nicht sehen. (T:Mhm) weil es nicht schön ist., also weil ich es nicht ästhetisch finde, aber ...selbst wenn es toll ist, ja...(18 Sekunden Pause) Dann macht das was mit mir, also... würde ich mir glaube ich wünschen, dass ich so einen, so einen begnadeten Körper hätte. Also so einfach so... faszinierend sozusagen. Ich glaube, also da kriegt man viel Rückmeldung, viel positive Rückmeldung ... ich habe früher nicht so drüber nachgedacht, aber ich habe immer nicht gewusst, was die Leute an der Wiesen toll finden. Und dachte mir immer, „es kann doch nicht sein, dass sieben Millionen im Jahr äh Bier mögen“. Na, ehrlich gesagt, ich habe es vorher nicht realisiert, aber mittlerweile glaube ich, es geht um, um Attraktivität, es geht um Sex, es geht um... die Möglichkeit des zwischenmenschlichen Kontaktes. Und das war mir nicht bewusst, weil...wenn ich da draußen bin, dann gehts für mich um das leider nicht. (T:Mhm) ...

Therapeut: Ich glaube, das, was Sie da jetzt wahrnehmen, im Gegensatz zu früher, wo Sie es nicht wahrnahmen, auf der Wiesen. Ähm, nämlich das Sexuelle, das äh wird ja was zu tun haben mit dem, „Habe ich nen Platz in dir?“

Patient: Und ich habe da keinen...Weil ich eben nicht will, dass jemand anders merkt, also, es geht mir immer ein bisschen um Geheimhaltung sozusagen...das Ausmaß war mir nicht bewusst. Und ich meine ich versteh besser, warum ich mich manchmal gar so schlecht fühle.

Textausschnitt 12 (Patient 1, T6). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Der emotionale Kern wurde dabei in der Aussage des Patienten ausgedrückt: „*wenn ich da draußen bin, dann gehts für mich um das leider nicht*. Das „das“ bezog sich hier auf die vorangegangene Schilderung des Sexuellen (nach MICA: *Sex*) und das *leider* wurde als Trauer geratet. Der Therapeut griff die Thematik in einer *mentalisierten* und *positiveren*, da bejahten Form auf: Hat das *Sexuelle einen Platz im Patienten*? Die letzte Messung endete mit dieser zum Ende der Therapie vermutlich noch offenen Frage.

Der Therapeut reagierte zum sechsten Messzeitpunkt wie schon zu den vorherigen sehr bezogen und ging großteils mit den Emotionen des Patienten mit. Er fasste Themen zusammen und betonte häufig das Bild des „Hineinpassens“. Aus klinisch-psychoanalytischer Sicht kann zu den Ausführungen wenig hinzugefügt werden. Es entstand der Eindruck, als hätte die Therapie dem Patienten dabei geholfen, sich mehr den realen Beziehungen im Außen zuzuwenden und einen Teil seiner narzisstischen Bewältigungsmodi abzulegen. Der Patient war in der Lage, soziale Situationen mit allen zugehörigen

Emotionen (*Scham* und *Ängste*, aber auch *Freude* und *Zuneigung* beim Gefühl des Angenommenseins) zu beschreiben. Er konnte sich zudem dem Thema seiner eigenen Sexualität annähern.

Die GEVA- und die MICA-Werte erfassten zum sechsten Messzeitpunkt die klinisch-relevanten Themen. Die Hinwendung zum Außen und das Eingehen auf die Gefühle in Bezug zum Gegenüber zeigten sich auch im Stundentranskript. Anders als zu früheren Messzeitpunkten schien es dem Patienten möglich zu sein, sich mehr auf sein Gegenüber einzulassen und Gefühle zu empfinden und zu verbalisieren, die eine größere Bezogenheit vermuten lassen als z.B. die *Bewunderung*. Inhaltlich wird deutlich, dass der Patient ein tieferes Verständnis für seine Scham, homosexuell zu sein, entwickelt hat, und dass ihm seine (frühere) Ablehnung von Sexualität bewusster ist.

4.3.2 Gegenüberstellung der impliziten und expliziten Mentalisierung in Therapie 3

Die Abbildungen 56 und 57 zeigen die *implizite Mentalisierung* der häufigsten Affekte von Patientin und Therapeutin.

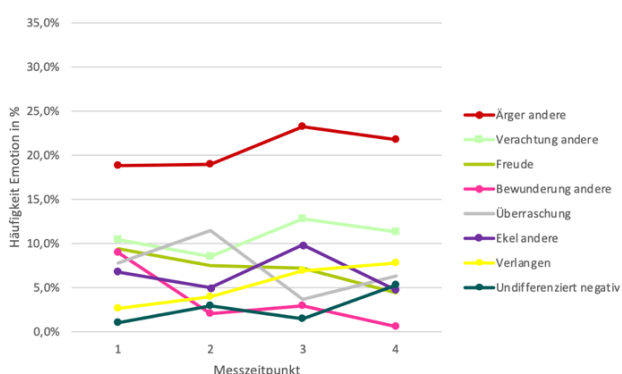


Abbildung 56: Patientin 3 - Implizite Mentalisierung (Quantität) der häufigsten Emotionen im Zeitverlauf

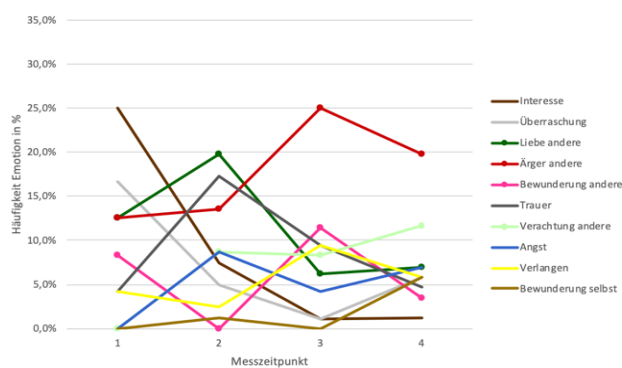


Abbildung 57: Therapeutin 3 - Implizite Mentalisierung (Quantität) der häufigsten Emotionen im Zeitverlauf

Zum ersten Messzeitpunkt verbalisierte die Patientin vor allem *Ärger gegen andere*, *Verachtung gegen andere*, *Freude*, *Bewunderung für andere* sowie *Überraschung*.

Die Therapeutin verbalisierte zum ersten Messzeitpunkt vor allem *Interesse* – etwa jede vierte emotionale Äußerung hatte diese Emotion zum Inhalt. An zweiter Stelle stand *Überraschung*, an dritter bzw. vierter Stelle befanden sich etwa gleichauf *Liebe für andere* sowie *Ärger gegen andere*. Etwa jede zehnte Äußerung beinhaltete *Bewunderung für andere*. Damit stimmten drei der fünf häufigsten Emotionen überein, wenngleich die Rangfolge unterschiedlich war. Insgesamt äußerte die Therapeutin mehr *angenehme Emotionen* als die Patientin.

Zum zweiten Messzeitpunkt äußerte die Patientin eine recht ähnliche Emotionszusammensetzung wie zum ersten Messzeitpunkt – neben dem *Ärger gegen andere* befanden sich *Überraschung*, *Verachtung für andere*, *Freude* sowie *Ekel vor anderen* unter den häufigsten fünf Emotionen. Die Therapeutin benannte zum zweiten Messzeitpunkt vor allem die Emotion *Liebe für andere*. An zweiter Stelle befanden sich *Trauer* und *Ärger gegen andere* sowie *Verachtung gegen andere* und *Angst* auf den Rangplätzen vier und fünf. Insgesamt stimmten damit zwei der fünf häufigsten Emotionen überein.

Zum dritten Messzeitpunkt sprach die Patientin vor allem über *feindselige Emotionen gegen andere* – die Trias aus *Ärger*, *Verachtung* und *Ekel in Bezug auf andere* belegte die Rangplätze eins bis drei der häufigsten Emotionen. Mit etwa je sieben Prozent befanden sich *Freude* und *Verlangen* auf den Plätzen vier und fünf. Die Therapeutin verbalisierte zu diesem Messzeitpunkt ebenfalls als häufigste Emotion erstmals *Ärger gegen andere* (25 %), mit weitem Abstand gefolgt von *Bewunderung für andere* (10%). Um die zehn Prozent wiesen auch die Emotionen *Verlangen*, *Trauer* und *Verachtung für andere* auf. Die Übereinstimmung lag dabei bei drei von fünf Emotionen, wobei erstmals die häufigste Emotion übereinstimmte.

Diese Übereinstimmung fand sich auch in der letzten Messung. Therapeutin und Patientin benannten vor allem *Ärger gegen andere* sowie *Verachtung für andere*. Obwohl auch zu diesem Messzeitpunkt drei der fünf häufigsten Emotionen sich glichen (*Verlangen* bei der Patientin auf Rangplatz 3, bei der Therapeutin auf 5) wies der letzte Messzeitpunkt insgesamt die *höchste quantitative Übereinstimmung* auf. Diese wurde aus der Grafik ersichtlich, da selbst bei nicht gleicher Rangfolge viele Emotionen auf den hinteren Plätzen vor allem bei der Therapeutin etwa gleichauf lagen. Während die Patientin auf Platz 4 und 5 „undifferenziert negativ“ und *Überraschung* verbalisierte, drückte die Therapeutin *Liebe für andere* und *Angst* aus.

Zusammenfassend zeigte die Betrachtung der *impliziten Mentalisierung*, dass die Therapeutin sich hinsichtlich der *quantitativen Emotionszusammensetzung* der Patientin im Verlauf stark angenähert bzw. sich auf sie eingeschwungen hatte. Zum letzten Messzeitpunkt sprachen die beiden in großem und nahezu gleichem Umfang über *Ärger gegen andere* (jeweils etwa 20 %) und über *Verachtung gegen andere* (jeweils etwa 10 %). Die quantitativen Daten von *GEVA* und *MICA* legten nahe, dass es der Therapeutin erst im Verlauf des Prozesses gelungen war, in die emotionale Welt der Patientin einzutauchen. Auffällig erschien, dass die Therapeutin zu mehreren Messzeitpunkten *Liebe für andere* (T2), *Angst* (T4) und *Trauer* (vor allem zu T2, auch zu T3) verbalisierte, während beide Emotionen bei der Patientin kaum vorkamen.

Im Folgenden wird die *explizite Mentalisierung* der häufigsten *negativen Affekte* von Patientin und Therapeutin im Vergleich betrachtet.

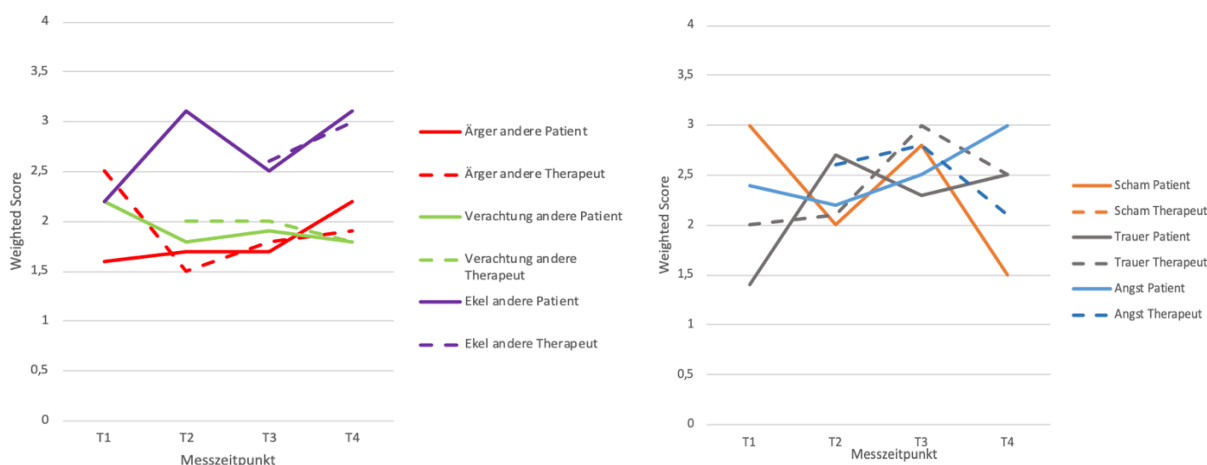


Abbildung 58: Therapie 3 - Explizite Mentalisierung (Weighted Scores) von Patientin und Therapeutin im Vergleich

Bei der Darstellung der *expliziten Mentalisierung* fällt auf, dass *Ärger gegen andere* von der Therapeutin zunächst *qualitativ besser mentalisiert* wurde als von der Patientin. Die Werte glichen sich jedoch für die folgenden Messzeitpunkte an. Für die Messzeitpunkte zwei, drei und vier gab es hier keine bedeutsamen Unterschiede mehr: Sowohl Patientin als auch Therapeutin drückten den *Ärger gegen andere* gleichbleibend auf einem *wenig mentalisierten Niveau* aus (eher spontan und impulsiv). Auch bei der *Verachtung gegen andere* glichen sich Therapeutin und Patientin über alle Sitzungen hinweg im niedrigen, spontan impulsiven Bereich. Der *Ekel vor anderen* war mentalisierter und glich sich ebenfalls im Ausdruck. Einzig die *Trauer* wurde von der Therapeutin zu zwei Messzeitpunkten mentalisierter ausgedrückt als von der Patientin. Zum letzten Messzeitpunkt glich sich dann die Mentalisierung dieser Emotion an und wurde von der Patientin kontrollierter und als mehr zu sich gehörend verbalisiert.

Erster Messzeitpunkt – Therapie 3

Inhaltlich ging es während des ersten Messzeitpunktes hauptsächlich um das ambivalente Verhältnis zwischen der Patientin und ihrem Vater. Die Patientin schilderte verschiedene Beziehungsepisoden mit ihrem Vater und Gefühle für ihn, die in erster Linie aus *wenig mentalisiertem Ärger* und wenig mentalisierter *Verachtung gegen den Vater* sowie aus ebenfalls *wenig mentalisierter Bewunderung für den Vater* bestanden.

Die dem Vater zugeschriebenen Gefühle für die Patientin waren in der Zusammensetzung sehr ähnlich und bestanden hauptsächlich aus *feindseligen Emotionen gegen die Patientin* sowie aus *Bewunderung für die Patientin* („Lieblingstochter“). Es wurden zusätzlich Handlungen des Vaters beschrieben, die als

Liebe für die Patientin geratet wurden (darin ging es vor allem um Fürsorgehandlungen). Der emotionale Knoten der Stunde (Häufung der meisten *affektiven Einheiten*) war ein über mehrere Seiten geschilderter Streit zwischen dem Vater und der Patientin.

Zu Beginn der Stunde stand die *spontan ausgedrückte Bewunderung für den Vater* im Mittelpunkt der Schilderungen. Die Patientin lobte ihren Vater als guten Gastgeber. Die Therapeutin äußerte auf diese Schilderungen an mehreren Stellen *Interesse* („Das ist ja interessant“) und verbalisierte ebenfalls auf *wenig mentalisiertem Niveau* *Bewunderung* für den Vater:

Patientin: Dann gab's einen Rotwein und er zauberte noch wirklich seine besten Weine [hervor] ...Das sind die Tricks von meinem Papa, man merkt es erst überhaupt nicht, aber er schenkt doch immer Wein nach also es ist ein Phänomen. Dies stelle ich immer wieder fest und er ist da super großzügig...

Therapeutin: Ja, da achtet er wahrscheinlich darauf, dass er nachschenkt, also das kann er ja auch wirklich! Es ist ja sehr entgegenkommend und auch wieder höflich!

Textausschnitt 1 (Patientin 3, T1). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Im Verlauf äußerte die Patientin weiter ihre *Bewunderung für den Vater*. Es kam zu einem Abbruch dieser positiven Bewunderungssequenzen, als die Therapeutin das Verhalten des Vaters als „fürsorglich“ (mit der MICA/GEVA als *Liebe für andere* geratet) bezeichnete und die Patientin ausdrückte, dass sie sich *Fürsorge* in der Vergangenheit gewünscht hätte, diese aber nicht bekommen habe. Die mangelnde *Fürsorge* führte sie auf das Rollenverständnis des Vaters und auf die mit mehreren Kindern überforderte Mutter zurück. Das Bild des Vaters kippte an dieser Stelle emotional ins *Negative*. Nach GEVA- und MICA-Rating äußerte die Patientin dabei vor allem Ärger *gegen den Vater* und *wenig mentalisierte Verachtung* gegen den Vater („Pascha“, „Macho“). Sie beschrieb auf übertrieben wirkende Art die Unfähigkeit des Vaters, sich selbst zu versorgen, die als *Verachtung gegen andere geratet wurde* (*Patientin: Bevor er sich Eier in die Pfanne schlägt, ich denke er würde sie roh aus der Schale essen!*) Gleichzeitig beschrieb die Patientin im Kontrast *bewundernd*, wie ihr Partner sich verhalte und sich im Haushalt beteiligte. Die Therapeutin reagierte nicht auf die *negativen Gefühle in Bezug auf den Vater*, drückte aber *Überraschung* über den Partner der Patientin aus und benannte mehrfach die *Liebe des Partners* für die Patientin (Therapeutin: „Dafür ist es ja ganz erstaunlich was er dann wieder übernehmen will. Er ist bereitwillig.“). Während die Patientin emotional *weiter Verachtung für die Unfähigkeit des Vaters* äußerte, entstand der Eindruck, als wollte die Therapeutin die *feindseligen Emotionen* gegen den Vater in der Vergangenheit verorten und leitete damit die Schilderung eines heftigen Streits ein, der zugleich den emotionalen Knoten des ersten Messzeitpunktes darstellt.

Patientin: Das ist immer noch mein Vater. Unglaublich. Also er ist immer noch, wenn er, wenn meine Mama nicht kochen würde, dann der würde noch vor dem gefüllten Kühlschrank verhungern.

Therapeutin: Sie haben vorhin gesagt eigentlich bezieht sich dann mehr auf die Vergangenheit? Wenn Sie jetzt heute mit ihm zusammen sind gibt's wahrscheinlich gar nicht so viel Probleme, oder?

Patientin: Nee, also es gibt immer mal Reibereien wieder.

Therapeutin: Ja?

Patientin: Ähm, dass ich letztes Jahr Weihnachten ehm, dass wir ein ganz bitteren Streit hatten, der mir auch lange nachgegangen ist.

Textausschnitt 2 (Patientin 3, T1). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Der Kern des Streits, der mit vielen Kraftausdrücken geschildert wurde, beruhte laut Patientin auf einem Missverständnis. Im Anschluss verweigerte der Vater über Wochen das Gespräch mit seiner Tochter. Die Schilderung der Patientin bestehend aus Ärger gegen den Vater (Patientin: „Du tust mir echt leid ...dann kam nur spöttisch... und ist dir jetzt besser? ... also das muss dann auch nicht sein!... er nicht so an die Wand klatschen... du wieder gleich an die Decke gehst...ich hab ihn so beleidigt“), jedoch zunehmend auch *wenig mentalisierter Angst, Trauer und Schuld* gipfelten schließlich in folgender Aussage, bei der nach GEVA/MICA-Wertung vor allem der *unkontrollierte und wenig mentalisierte Ausdruck von Angst* um die Beziehung und den Vater ausgedrückt wurde:

Patientin.: Oh Gott oh Gott, wenn er wirklich mal irgendwie jetzt tot umfällt oder so was und dann ist er dann mit diesem Streit zwischen uns aus der Welt gegangen.

Therapeutin: Und wie lange ist das jetzt her?

Patientin: Das war letztes Jahr.

Therapeutin: Aber, ich mein, was da jetzt, was da ja schon interessant ist, beziehen sich solche Verhaltensweisen jetzt von ihm nur auf Sie oder kennen Sie das sonst auch?

Patientin: Ich beziehe sie auf mich. Also ich wüsste nicht dass er mit anderen auch schon....aber ich glaube auch einfach ich bin seine erklärte Lieblingstochter ... Wenn ich so was sage das trifft ihn das doppelt. also dass er da über-, quasi überempfindlich reagiert hat und vielleicht aus seiner Einschränkung heraus.

Therapeutin: Aber es ist schon interessant, ... , gell?

Textausschnitt 3 (Patientin 3, T1). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Die oben zitierte Stelle zeigte mehrere emotionale *Mismatches*. Die Therapeutin ging zunächst nicht auf die *unkontrollierte und damit wenig mentalisierte Angst* ein, dass der Vater sterben könnte (wirklich mal irgendwie jetzt tot umfällt), sondern versuchte erneut einen zeitlichen Rahmen für das Geschehene zu schaffen und äußerte an dieser Stelle erneut ihre häufigste Emotion *Interesse*. Sie wendete sich dann dem Innenleben des Vaters zu und fragte, ob das Verhalten des Vaters typisch sei. In gewisser Hinsicht

könnte diese Frage im Fonagyschen Sinne Mentalisierung im britischen Konzept anregen, wenn sie sich auf „Warum denken Sie hat sich Ihr Vater so verhalten“ abzielt und zum Einfühlen ins Gegenüber anregen soll. Allerdings ist die Frage auch für diese Art der Interventionen sehr suggestiv gestellt. Es dürfte sich daher eher um einen Versuch einer Generalisierung handeln, der die heftigen Emotionen der Patientin herunterkühlen sollte. Nachdem die Patientin dann ihre Sichtweise noch einmal betont hatte (*Patientin: „Ich beziehe es auf mich“*), verbalisierte die Therapeutin erneut ihr *Interesse*. Die emotionalen Einheiten brachen an dieser Stelle ab.

Bei der weiteren Analyse der Stunde fand sich aus klinischer Einschätzung ein Thema, das von der *GEVA* und *MICA* nicht erfasst wurde, obwohl es als wichtig erscheint: Während die Patientin den Vater *bewundernd* als guten Gastgeber schilderte, beschrieb sie zugleich an mehreren Stellen, wie der Vater durch sein ständiges Nachschenken von Wein Besucher häufig stark alkoholisierte (bis zum Erbrechen). Dieses „Betrunkensemachen“ oder auch das „Betrunkensein“ der Gäste wurde nach *GEVA* und *MICA* nicht als Emotion erfasst, es erschien jedoch als Bild der malignen Beziehungsgestaltung des Vaters durchaus relevant.

Zusammenfassend entstand bei der klinisch-psychoanalytischen Betrachtung der Stunde der Eindruck, dass die Therapeutin bei *positiven bzw. angenehmen Emotionen* mit der Patientin mitgehen konnte und an diesen Stellen ebenfalls die gleichen positiven Emotionen (wie die *Bewunderung für andere*) aufgriff. Es gelang der Therapeutin jedoch nicht, auffällige Widersprüche in Zusammenhang mit diesen *positiven Emotionen* aufzuzeigen (von der Lieblingstochter zum wochenlangen Kontaktabbruch) oder die (idealisiert wirkenden) *positiven Emotionen* klarer zu benennen (im Sinne von „*Sie bewundern ihren Vater sehr*“). Auffällig war außerdem, dass die Therapeutin zu Zeitpunkten, an denen die Patientin über ihre *emotional schmerzhaften und wenig mentalisierten Affekte sprach*, nicht auf diese Affekte einging. Es entstand der Eindruck, die Therapeutin wollte die Patientin eher „beschwichtigen“, wenn diese sehr negative Episoden schilderte: Sie attribuierte dann die Probleme auf äußere Umstände oder verortete Emotionen zu anderen Zeiten (*Das war in der Vergangenheit so, aber jetzt nicht mehr*). Die Patientin steigerte zunächst die *Heftigkeit der negativen Gefühle in den geschilderten Episoden* (immer *mehr unangenehme Emotionen*, immer *unmentalisierte*), bis die Schilderungen nach mehreren *Mismatches* ganz abbrachen.

Um zur anfänglichen *GEVA- und MICA-Wertung* zurückzukehren: Die *implizite und explizite Mentalisierung nach GEVA und MICA* bildeten die Hauptemotionen der Patientin sowie die Stimmung der Stunde gut ab. Die Werte deuteten zudem korrekt den *Mismatch* an, da die Therapeutin deutlich mehr *angenehme Emotionen* verbalisierte als die Patientin. Dieser Eindruck bestätigte sich am Rohtext.

Die Überprüfung am Rohtext brachte jedoch eine sehr wichtige Information, die man in den rein deskriptiven Werten der *GEVA* und *MICA* nicht vermutet hätte. Diese betrifft die Emotion *Ärger gegen andere* der Therapeutin: *Ärger gegen andere* wurde von der Therapeutin zwar häufig verbalisiert, allerdings verneinte sie ihn meist. Die Therapeutin äußerte den *Ärger gegen andere* auch nicht in Bezug auf die konflikthafte Beziehung mit dem Vater (bei der die Patientin den meisten *Ärger gegen andere* verbalisierte), sondern an eher wenig bedeutsamen Stellen (z.B. während einer kurzen Sequenz, in der sich die Patientin über einen Kollegen *ärgerte*). Bei reiner Betrachtung der *GEVA* und *MICA*-Werte hätte man die Übereinstimmung in den *Ärger*-Werten vermutlich als gemeinsames, emotionales Schwingen interpretiert, was jedoch der Überprüfung an den konkreten Textpassagen nicht standhielt.

Zweiter Messzeitpunkt – Therapie 3

Für den zweiten Messzeitpunkt konnte ebenfalls ein emotionaler Knoten ausgemacht werden. Es ging dabei um *unangenehme Emotionen* der Patientin in Bezug auf ihre beiden Arbeitskollegen. Die Patientin äußerte dabei vor allem *Ekel*, *Verachtung* und *Ärger gegen* die beiden, jedoch tauchten in den Schilderungen auch immer wieder bildliche Gefühle der *Trauer* auf. Sie fühlte sich von den beiden Kollegen „*ausgeschlossen*“ und „*ausgegrenzt*“.

Die *positiven Emotionen* der Patientin bezogen sich auf *Freude* über ihre Wochenendgestaltung. In Bezug auf diese emotionalen „Nebenthemen“ zeigte sich bei der Therapeutin als Reaktion das gleiche Muster wie zum ersten Messzeitpunkt: Sie verstärkte die *positiven Emotionen* und benannte sie an den gleichen Stellen wie die Patientin.

Es wird nun der emotionale Knoten der Stunde betrachtet, bei dem es um das Verhältnis der Patientin mit ihren beiden Geschäftspartnern ging. Dabei äußerte die Patientin zunächst *wenig mentalisierte feindselige Gefühle* gegen die beiden Arbeitskollegen wie zu Beispiel: „*Es ist auch keine Art... dass wieder so eine Diskussion entflammt... pack deine Sachen und geh*“). Diesen folgte das *Gefühl der Trauer*, bei dem sich der Gesprächsstrom der Patientin verlangsamte. Die Therapeutin griff die *Trauer* und auch die *feindseligen Emotionen* der Patientin zwar auf, jedoch widersprach sie der Patientin in den Gefühlen und versuchte ihr eine alternative Sicht der Dinge nahe zu legen: Sie interpretierte das Verhalten der Brüder als *Liebe für* die Patientin. Die Art der Interaktion soll nun zitiert werden:

Patientin: Ich fühle mich einfach nur durch sein Verhalten so völlig ausgeschlossen.

T: Ja, aber ... Er macht ja nichts gegen Sie, ich finde, es hat nichts Ausschließendes was er tut.

P: Mein Problem ist, dass ich mich so ausgeschlossen fühle.

Textausschnitt 3 (Patientin 3, T2). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Ähnliche Sequenzen wiederholten sich insgesamt vier Mal auf ähnliche Weise im Stundenprotokoll. Die Therapeutin äußerte darüber Unverständnis und benannte stellenweise die von ihr vermuteten Ängste der Patientin (*Therapeutin: „Es ist eine Unsicherheitssituation, die ist es ja, gell, wo man nicht weiß was ist jetzt los und vielleicht sind Sie auch ein bisschen unruhig“*) und legte mehrfach eine alternative Sicht auf die Konfliktsituation dar:

Therapeutin: Also ich muss, ich muss sagen, ich hätte das auch so als bisschen für Sie mitsorgen verstanden und nicht Sie ausschließen.

Patientin: Ja möglich ... Mein Freund sagt auch, ja ich bin neurotisch, ich sehe schon weiße Mäuse wo keine sind ...

Textausschnitt 4 (Patientin 3, T2). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Nachdem die Patientin mehrfach die Sichtweise der Therapeutin vernommen hatte, begann sie indirekt *Verachtung gegen sich selbst* zu äußern (sie zitierte ihren Freund, der sie *verachtete*). Im Anschluss ging sie dazu über, sich selbst für ihr „*negatives Denken*“ zu kritisieren und äußerte erneut *bildhafte Trauer* („*in ein Loch fallen*“). Die Therapeutin benannte (oder kritisierte) diese *Selbstkritik* (Therapeutin: „Bevor wir schon wieder die totale Selbstkritik ausüben, können Sie sich doch mal näher darüber unterhalten, wie die mit bestimmten Sachen umgehen!“) und leitete eine Exploration zum Konfliktumgang ein. Sie bezog sich jedoch in ihrem weiteren Redefluss jedoch nicht auf den inneren Umgang mit Konflikten, sondern diskutierte mit der Patientin über die Möglichkeit, im beruflichen Kontext externe Berater (Mediatoren) hinzuzuziehen. Die emotionale Schilderung der Patientin riss an dieser Stelle ab.

In der klinisch-psychoanalytischen Betrachtung der Stunde gab es ein weiteres Thema, das nicht von der *GEVA* und *MICA* erfasst wurde, jedoch klinisch bedeutsam erschien. Dabei handelte es sich um Schilderungen der Patientin von körperlichen Zuständen wie Ermattung, Müdigkeit sowie Erkältungs- oder Heuschnupfen-Symptomen, die zur eigentlichen Eingangsdiagnose der Patientin, nämlich zur *Somatisierungsstörung* passten. Nach der *GEVA* werden Äußerungen von körperlichen Symptomen nur als Emotion geratet, wenn sie einen psychischen Anker aufweisen. Dies wäre zum Beispiel der Fall, wenn jemand auf die Frage: „Und wie haben Sie sich nach dem Streit gefühlt? mit „Ich war so müde, dass ich mir darüber keine Gedanken machen konnte“ antworten würde oder wenn die körperlichen Schilderungen direkt in einem emotionalen Themenkomplex geschildert würden. Die Äußerungen der Patientin wurden daher nicht erfasst. Sie traten aber mehrmals zwischen den Schilderungen einzelner Streitsequenzen auf, was den Eindruck von Erschöpfung bzw. *unmentalisierter Trauer* wegen des vielen Ärgers entstehen ließ.

Der Gesprächsstil der Therapeutin konnte zum zweiten Messzeitpunkt wie folgt beschrieben werden: Die Therapeutin ging erneut bei *positiven bzw. angenehmen Emotionen* mit der Patientin mit und reagierte an diesen Stellen ebenfalls mit den *gleichen positiven Emotionen* (vor allem *Freude*). Die Therapeutin äußerte weniger *Interesse* und *Überraschung* als zum ersten Messzeitpunkt. Ihre dominanten Emotionen waren in der Zusammensetzung deutlich negativer. Allerdings verbalisierte die Therapeutin viele dieser *negativen Emotionen* wie zum ersten Messzeitpunkt in verneinter Form (wie zum Beispiel: „*Es hat nichts Ausschließendes was er tut*“). An dieser Stelle wurde erneut sichtbar, dass das GEVA- und MICA-Rating bei einer reinen Auflistung der Emotionen zu kurz greift.

Insgesamt entstand bei der klinisch-psychoanalytischen Betrachtung des Stundengeschehens der Eindruck, dass die Patientin auf wenig *mentalisierte Art und Weise* immer wieder eine Weltsicht schilderte, nach der die Welt zutiefst ungerecht sei (die Welt war *feindselig* zu ihr). Der Patientin waren dabei *ihre eigenen, feindseligen Emotionen* gegen die anderen wenig bewusst. Die Therapeutin reagierte auf die Schilderung der Weltsicht der Patientin mit einer gegenteiligen Sichtweise (die Welt ist liebevoll zu Ihnen, Sie sehen es nur nicht). Auch dies geschah auf eher *wenig mentalisierte, alltagssprachliche Art und Weise*. Der Dialog wirkte daher stellenweise wie ein Kräftemessen (im Sinne von: Wer ist im Recht mit seiner Sicht auf die Welt?). Nach verschiedenen emotionalen *Mismatches* begann sich die Patientin selbstkritisch über ihre „negative Sichtweise“ zu äußern. Dies war am deutlichsten, als die Patientin sagte: „*Mein Freund sagt auch, ja ich bin neurotisch*“. Die Therapeutin hatte zuvor nicht gesagt, dass die Patientin neurotisch sei. Es ist jedoch gut vorstellbar, dass die Patientin diese Kritik zwischen den Zeilen vernommen hatte. Insgesamt wiederholte sich der Eindruck vom ersten Messzeitpunkt, dass die Patientin in ihren *negativen Emotionen* nicht beim Gegenüber ankam, nicht gespiegelt, markiert oder gehalten wurde.

Das GEVA- und MICA-Rating war erneut in der Lage, die allgemeine Stimmung der Stunden zu transportieren. Das gesamte Ausmaß der emotionalen *Mismatches* (das sich vor allem in der Ablehnung der *feindseligen Weltsicht* zeigte) zwischen Therapeutin und Patientin konnte jedoch aus den zusammengefassten Werten nicht entnommen werden und wurde erst in der Arbeit am Rohtext in vollem Ausmaß ersichtlich.

Dritter Messzeitpunkt – Therapie 3

Der dritte Messzeitpunkt beinhaltete zwei emotionale Knoten, die mit den beiden inhaltlichen Hauptthemen zusammenfielen: Zum einen ging es um die *Unzufriedenheit* der Patientin mit ihrem Partner. Zum anderen sprach sie über die Schwierigkeit, eine gute Autowerkstatt zu finden. Die beiden Themen sollen nun exemplarisch dargestellt werden. Emotional dominierten bei der Patientin noch

mehr als zum ersten und zweiten Messzeitpunkt *feindselige Emotionen gegen andere*. Auch die Therapeutin äußerte zu diesem Messzeitpunkt erstmals am häufigsten *wenig mentalisierten Ärger gegen andere*.

Die Patientin beschrieb einen Konflikt mit ihrem Partner, der hauptsächlich darin bestand, dass die Patientin *Ärger und Ekel* äußerte, weil der Partner nicht genügend Zeit für sie aufbrachte. Die Therapeutin regierte sehr intensiv auf diese Schilderungen und sprach viel. Dabei versuchte die Therapeutin zunächst die Perspektive des Freundes zu beleuchten:

Patientin: „Schau zu, dass du fertig bist, weil ich mach das nicht mehr lang mit.“ Und dann sagte er: „Ne, er auch nicht.“ Na gut, dann war irgendwie Stille am Telefon und dann sagte ich: „Am besten telefonieren wir gar nicht weiter“... ich werde dann zynisch... und irgendwie geht es mir so mittlerweile auf den Zeiger.

Therapeutin: Mhm, hat er denn, wie haben Sie es verstanden, dass er gesagt hat: „Ja, er auch nicht“, dass er das nicht mehr mitmacht, das er auch entschieden ist da, oder hat er nur beleidigt reagiert? Das verstehe ich nicht... Meinen Sie denn, dass er wegen seiner Situation unzufrieden ist oder auch sonst mit der Beziehung?

Textausschnitt 5 (Patientin 3, T3). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Nach weiteren, ähnlichen Schilderungen der Patientin ging die Therapeutin dazu über, die Frage nach einer Trennung in den Raum zu stellen (Therapeutin: „*Dass man sich ja wirklich fragt, ob Sie es noch länger aushalten, weil Sie ja auch jetzt darunter leiden*“) und sprach dabei auch das Leid, also die *Trauer* der Patientin an. Sie äußerte ihre Meinung, dass der Patientin eine andere Art von Partner gut tun würde (Therapeutin: „Ne, also braucht man dann doch vielleicht eher jemanden, der da auch ein bisschen positiv mitzieht“). Auf diesen Vorschlag reagierte die Patientin mit Schilderung von angenehmen Situationen mit dem Partner (*Patientin: „Er überraschte mich mit Karten“; gemeint sind Tickets für eine kulturelle Veranstaltung*), die allesamt auf Handlungsebene berichtet wurden. Es entstand der Eindruck, als wolle die Patientin damit ausdrücken, dass der Partner auch positive Seiten habe. Die Therapeutin schlug schließlich vor, der Partner sollte sich therapeutische Hilfe suchen. Anschließend kritisierte die Therapeutin mehrfach auf *wenig mentalisierte Art und Weise* den Umgang der Patientin mit ihrem Partner.

Therapeutin: Also sie können ihm doch vielleicht auf der Ebene mal versuchen klar zu machen, weil ich meine, dass Sie zwar sich aufregen, oder immer wieder nen Aufstand machen, das weiß ich ja, gell, das haben Sie ja schon früher gesagt, aber vielleicht müsste man noch mal grundsätzlich ansprechen ... also wenn Sie ... so viel bocken...

P: Also das glaube ich in der letzten Zeit ist es so, dass ich viel an ihm rumkritisiere. Er sagt das auch: Du bist letzte Zeit nur am Nagen an mir.

Textausschnitt 6 (Patientin 3, T3). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Die Patientin gab im Anschluss darüber Beispiele für ihr „nagen“, nämlich dass sie ihren Freund für die Wahl seiner Hosen kritisiert habe. An dieser Stelle kippte das Gespräch in eine andere Richtung (Kleiderwahl) und die emotionale Schilderung kam zu einem Ende.

Zusammenfassend fiel bei dem Konflikt mit dem Partner auf, dass die Therapeutin sich mehr auf den *unangenehmen Emotionstenor* der Patientin einlassen konnte. Zwar blieb sie auch hier häufig nicht bei den Emotionen der Patientin, sondern nahm die Perspektive des Freundes ein (ist er enttäuscht?) oder suchte nach externer Hilfe für die Konflikte (der Freund benötigt eine Therapie). Sie benannte jedoch auch die *Trauer* (Enttäuschung) der Patientin über die nicht zufriedenstellende Beziehung.

Trotz dieses erstmals auftretenden Eingehens auf die *negativen Emotionen* der Patientin verblieb die Therapeutin nicht bei den *feindseligen Emotionen* der Patientin. Vielmehr erinnerte das Gespräch an zwei Freundinnen, die sich hitzig im Fluss über bestimmte Themen austauschten und ihre Meinungen vertraten. Die Therapeutin war dabei sehr reaktiv und sprach viel. Es ist denkbar, dass das Engagement der Therapeutin sowie ihre große Bezogenheit auf alles, was die Patientin sagte, der Patientin durchaus ein Gefühl der Wichtigkeit gegeben haben könnte. Aus klinischer Sicht bleibt jedoch die Wahrnehmung, dass relevante Themen nicht fokussiert wurden und auf diese Art und Weise keine größere Selbsterkenntnis möglich wurde. Eine „tiefere“ Ebene oder das Herausarbeiten von Konflikten ließ sich im Transkript nicht erkennen.

Das zweite emotionale Hauptthema zum dritten Messzeitpunkt war die Suche nach einer guten Autowerkstatt. Patientin und Therapeutin sprachen hier über den mangelnden Service von Autowerkstätten. Es wird eine exemplarische Szene geschildert, die Aufschluss darüber geben soll, wie die *Häufigkeit* und die niedrigen Werte in der Mentalisierung der *feindseligen Emotionen* für Patientin und Therapeutin zustande kamen:

Patientin: Nee, bei denen nicht. So'n Dienstleistungs- äh so'n Dienstleistungsdenke, wo's mir manchmal auf der Zunge liegt zu fragen „Kriegen Sie eigentlich Ihr Geld von mir oder ich von Ihnen? wo wo man sich noch glücklich schätzen muss, dass man dass man überhaupt bedient wird von denen... dieses Idiotie..

T: Ja, ja ja. Und eine Haltung, Sie werden überhaupt, also als wär'n Sie gar kein Kunde, ge' also als müssten Sie nur für die zur Verfügung stehen oder so. Und Zeit ist ja kein Begriff.

Textausschnitt 7 (Patientin 3, T3). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Neben den bereits durch die *GEVA* und *MICA-Ratings* berichteten Themen gab es eine zusätzliche, auffällige emotionale Einheit der Therapeutin, die als *unmentalisierte Liebe für andere* geratet wurde. In dieser Szene berichtete die Patientin in für sie ungewöhnlicher Stimmung darüber, dass sie eventuell von früheren Geschäftspartnern um Geld betrogen worden sei. Sie äußerte dabei *Hilflosigkeit, Trauer, und Verachtung*, die gegen sie gerichtet wird.

Patientin: Und nach wie vor, das is so ein Punkt, über den ich einfach nicht drüber weg komme dass er dann jetzt hingeht und sagt „Nee, des Geld haste zwar eingebracht, aber des ... des is weg, des hast du gesehen“, des is was, was mich eigentlich in diesem Ganzen, in dieser ganzen Geschichte am meisten enttäuscht, dass das für ihn so lapidar abgetan ist.

Therapeutin: Ja, ich wollt grad sagen, vorhin, brauchen Sie noch irgendein Bonbon oder was?

Patientin: Nee nee.

Textausschnitt 8 (Patientin 3, T3). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Die Therapeutin bot der Patientin hier ein Bonbon an. Zwar könnte es sein, dass die Stimme der Patientin heiser war oder brüchig wurde (dies wurde jedoch aus dem Texttranskript nicht ersichtlich). Nach der *GEVA* und *MICA* wurde das Anbieten eines Bonbons in direkter Folge auf die sehr *unangenehmen Gefühle* an dieser Stelle als *Liebe* auf Level 1, „*motorisch ausagieren*“ geratet.

In der klinischen Gesamtbetrachtung des dritten Messzeitpunktes ergab sich folgendes Bild. Das emotionale Vorherrschen der *Triade der Feindseligkeit* von Therapeutin und Patienten auf einem wenig mentalisierten Niveau zeigte sich deutlich in den Transkripten: Beide „schimpften“ vor sich hin, was den Eindruck eines gewissen Gleichklangs erzeugte. Besonders stark kam dieser Eindruck bei der Beschwerde über die Autowerkstätten zum Ausdruck. Hier wirkte es so, als hätten sich Therapeutin und Patientin miteinander verbunden und „lästerten“ über die Welt „da draußen“. Die Szene wirkte komplizenhaft und lustvoll. Die Therapeutin versuchte zum dritten Messzeitpunkt deutlich weniger, die Patientin von einer „*positiveren Weltsicht*“ zu überzeugen, auch wenn sie ihr die Wahl eines „*positiveren*“ Partners nahelegte. Eine tiefere Bearbeitung von Konflikten fehlte jedoch auch zum dritten Messzeitpunkt. Anstatt auf die sich wiederholenden Beziehungsgestaltung bestehend aus *Verachtung* und *Bewunderung* oder dem *massiven Ärger* der Patientin zu fokussieren, gab die Therapeutin *Ratschläge*, wie die Patientin mit ihrem Partner umgehen solle. Die Affektansteckung hatte bei der Therapeutin auch zur Folge, dass sie teilweise auf *wenig mentalisierte* Art und Weise die Patientin

verachtete. So äußerte sie wiederholt Ausdrücke, die eine abwertende Note innehatten (die Patientin würde einen „*Aufstand machen*“ oder „*bocken*“). Es entstand der Eindruck, als hätte die Therapeutin die Wut, die die Patientin durch ihre *Feindseligkeit* vermutlich auslöste, nicht reflektiert, *denn sie reagierte* auf die gleiche Art und Weise darauf.

Die GEVA- und MICA-Werte gaben auch hier die Stimmung und auch die größere Übereinstimmung von Therapeutin und Patientin wieder. Der geringe *explizite Mentalisierungsgrad* der Emotionen zeigte sich auch im Stundeneindruck.

Vierter Messzeitpunkt – Therapie 3

Der vierte Messzeitpunkt drehte sich thematisch vor allem um einen Konflikt der Patientin mit einer Freundin. Zusätzlich wurden verschiedene „Nebenthemen“ gestreift, bei denen es emotional hauptsächlich um *feindselige Gefühle* gegen entfernte Kollegen oder Konkurrenten im Beruf ging.

Im Folgenden soll auf das emotionale Hauptthema eingegangen werden, bei dem die Patientin über einen Konflikt mit einer Freundin sprach. Inhaltlich ging es darum, dass die Patientin enttäuscht war, weil die Freundin zu wenig aus ihrem Leben preisgab. Die Patientin drückte an diesen Stellen ihren *Ärger* klarer und *mentalisiert* aus als zu vorherigen Messzeitpunkten. Die Therapeutin reagierte auf die Berichte, indem sie der Freundin Schuld attribuierte sowie später eine alternative, positivere Sichtweise anbot.

Patientin: Also, das finde ich schon ein bisschen komisch. Ich merk dann aber auch an mir, ich bin dann irgendwann so sauer, das heißt, wenn sie mich jetzt anruft, dann sag ich ihr das, aber in einem Ton, das weiß ich auch, dass ich dadurch durchaus jemanden vor den Kopf stoßen kann. Ach, mich ärgert das wirklich ungemein...

Therapeutin: Hatten Sie denn mal das Gefühl, die hatte schon ein schlechtes Gewissen, dass sie sich nicht gemeldet hat, oder nicht?

Patientin: Mhm, so ein bisschen vielleicht.

Textausschnitt 9 (Patientin 3, T4). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Im Verlauf verbalisierte die Patientin weiter spontanen *Ärger* und bildliche *Enttäuschung* (Patientin: „*Mein Gott, was erzählt die Frau mir eigentlich aus ihrem Leben? Gar nichts!... ich kann ihr nur sagen, dass ich das eigentlich verletzend finde“), worauf die Therapeutin mit Sachfragen reagierte. Schließlich ging die Therapeutin dazu über, das Verhalten der Freundin zu verallgemeinern (Therapeutin: „So wie Sie das jetzt berichten, würde ich sagen, erzählt die es wahrscheinlich niemanden?“), was dazu führte, dass sich die Patientin weiter erklärte und die *verbalisierte Intensität ihrer negativen Gefühle* steigerte,*

bis ihr die Therapeutin schließlich den Grund für das Gefühl des Gekränktseins, also die *Traurigkeit*, absprach:

Patientin: Ich kann die Frau nicht ändern, ich kann ihre Eigenarten nicht ändern, ich kann ihr nur sagen, dass ich das eigentlich verletzend finde, wenn ich, wenn sie über Monate hin z.B. so ein Problem ... hat und erzählt mir nix.

Therapeutin: Nur ich hatte ja gemeint, ob man da wirklich dann so, äh, persönlich gekränkt sein muss an dem Punkt. Muss man nicht, weil, weil, ich glaub nicht, dass das persönlich gemeint ist so was. Die kann da nicht aus ihrer Haut raus.

P: Ja, ich denke auch, dass, dass sie das nicht absichtlich macht. Ja, sie ist halt einfach so und sie macht wahrscheinlich einfach wirklich viele Dinge mit sich selbst aus...

Textausschnitt 10 (Patientin 3, T4). Emotionale Einheiten sind unterstrichen.

Wie schon zu vorherigen Messzeitpunkten passte sich die Patientin nach mehrmaligen emotionalen *Mismatches* in ihrer Verbalisation der Therapeutin an und änderte ihre Sichtweise bzw. wechselte das Thema. Dabei wirkte diese Anpassung jedoch nicht wie ein tatsächlicher Gefühlswandel, sondern eher wie eine Kapitulation, da der Versuch, mit den enttäuschten und wütenden Gefühlen (seien sie nun begründet oder nicht), anzukommen erneut gescheitert war.

Zum vierten Messzeitpunkt wiederholten sich Interaktionsstile, die schon aus vorherigen Messungen bekannt waren und bereits vorab an den konkreten Textpassagen aufgezeigt wurden. Das hohe Ausmaß an *feindseligen* und *wenig mentalisierten Aussagen* dominierte die Stimmung und den Dialog zwischen Therapeutin und Patientin und zeigte sich treffend in den *GEVA*- und *MICA*-Werten.

4.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse der qualitativen Auswertung

Drei Fragestellungen sollen mit der qualitativen Auswertung beantwortet werden.

(1) Können die GEVA und die MICA dazu genutzt werden, um das Zusammenspiel zwischen Patient und Therapeut abzubilden?

Um diese Frage zu beantworten, sollen die Ergebnisse der qualitativen Auswertung zunächst zusammengefasst werden. Das *affektive Zusammenspiel zwischen Therapeut und Patient* unterscheidet sich in erheblichen Ausmaß in der *erfolgreichen* und in der *weniger erfolgreichen Therapie*. Dies zeigte sich teilweise in den *GEVA*- und *MICA*-Werten.

Zunächst soll die *erfolgreiche Therapie* von Patient 1 beschrieben werden:

Zu den ersten Messzeitpunkten verbalisierten Therapeut 1 und Patient 1 in nahezu identischem Ausmaß die gleichen Emotionen (*implizite Mentalisierung*). Dieser Prozess wurde im Abgleich mit dem Rohtext als ein *emotionales Einschwingen* aufgefasst. Der Therapeut fokussierte dabei etwas mehr auf den *negativen Emotionen*. Eventuell erleichterte er es damit dem Patienten zu den *nachfolgenden Messzeitpunkten* selbst mehr *negative Emotionen* zu verbalisieren. Zur Therapiemitte traten die *unangenehmen Emotionen* des Patienten stark in den Vordergrund. Dabei äußerte der Patient viel *Verachtung gegen sich selbst* und auch *unmentalisierten Ärger gegen sich selbst* (die Phantasie, sich selbst zu töten). Der Therapeut setzte den sehr *negativen Emotionen* des Patienten zur Therapiemitte *positive Emotionen* entgegen (vor allem die *Liebe für andere*). Zum Ende der Therapie äußerten beide erneut in *nahezu identischer Zusammensetzung die gleichen Emotionen*. Dieser Vorgang, also das Eintauchen in die emotionale Welt des Patienten, um dann zum Zeitpunkt der Regression und des Aufbrechen der malignen Bewältigungsmechanismen eine alternative Erfahrung durch Verbalisation von anderen (*positiveren*) *Emotionen* zu bieten, wurde auch im Abgleich mit dem Rohtext als stimmig empfunden.

Betrachtete man die *explizite Mentalisierung*, zeigte die Zusammenfassung, dass der Therapeut 1 die *Trauer* von Anfang an *mentalisierte ausdrückte* als der Patient. Auch der Patient konnte im Verlauf dieses Gefühl *mentalisierte* ausdrücken, was an der *Anreicherung des Gefühls* durch den Therapeuten gelegen haben könnte. So äußerte der Patient die *Trauer* zunächst vor allem *motorisch* als „nur herumliegen“ und „nicht aufstehen“. Der Therapeut verbalisierte die *Trauer* meist *bildlich oder verbal* („das ist ganz arg“, „die Kälte“, „das Gefühl, man passt nicht rein“). Zum Ende der Therapie hin verbalisierte der Patient seine *Trauer* ebenfalls meist *bildlich* („Es mal wieder ziemlich finster“, „ich komm da nicht vor“).

Für die anderen *unangenehmen Emotionen* zeigten sich in der zusammengefassten Darstellung der *Weighted Scores* (Abbildung 54) keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Therapeut und Patient. Dieses Ergebnis hielt der Überprüfung am Rohtext nur bedingt stand. So sah man im Abgleich mit einzelnen *emotionalen Einheiten* im Fließtext, dass der Therapeut häufig die Aussagen des Patienten im Wortlaut aufgriff oder auf einer *ähnlichen Mentalisierungsstufe* umschrieb, um dann oft zu späterer Stelle die Emotion *explizit mentalisierter* auszudrücken. Im Mittelwert des *Weighted Scores* des Therapeuten flossen jedoch alle Aussagen des Therapeuten ein. Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: Wenn der Therapeut die *feindseligen Aussagen* des Patienten in Bezug auf Personen, die ihm ihre Probleme erzählten (Patient: „Mensch lass mich doch einfach in Ruhe“, „ich hab dann keine Lust“, „ich krieg das ab“) zunächst wiederholte (Therapeut: „Wenn Sie das dann alles abkriegen..“), um das Erleben des Patienten dann später in dem *mentalisierten* Begriff der „Zumutung“ zusammenzufassen,

wirkte es trotzdem so, als hätte der Therapeut den *Ärger* hauptsächlich spontan ausgedrückt. Der *Weighted Score* des Therapeuten war damit *weniger mentalisiert*, als es in der klinischen Einschätzung der Fall war. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, müssten für eine Auswertung der therapeutischen *impliziten Mentalisierungsfähigkeit* Aussagen ausgespart werden, die die emotionalen Worte des Patienten wiederholen. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem *Weighted Score* findet sich auch in der Diskussion in Abschnitt 5.4.7).

Bei der *weniger erfolgreichen Therapie 3* bestand das Problem von Patientin 3 nach *GEVA* und *MICA* sowie nach der klinischen Einschätzung vor allem an den vielen, schlecht *mentalisierten, feindseligen Gefühlen gegen andere*. Die Patientin schilderte schon zu Beginn der Therapie einige Szenen, in denen die maligne Beziehungsgestaltung in ihrer Primärfamilie (zwischen *Bewunderung* und *Ärger* sowie *Verachtung*) sowie ihr spaltender Umgang mit dem Partner, Freunden oder Kollegen sichtbar wurden. Es deutete sich dabei auch die *Trauer* an, die sie dabei erlebte. Geht man von Lecours (2007) Vorschlägen zur Behandlung wenig mentalisierter Emotionen aus, versäumte es die Therapeutin an diesen sowie – mit sehr wenigen Ausnahmen – an nahezu allen anderen Stellen, der Patientin zu einer *besseren expliziten Mentalisierung* zu verhelfen. Die *implizite Mentalisierung der Emotionen nach GEVA und MICA* zeigte, dass sich die Therapeutin zunächst nicht auf die *feindselige Welt* der Patientin eingelassen hat. Die *GEVA*- und *MICA*-Werte konnten jedoch nicht das volle Ausmaß des emotionalen *Mismatches* in dieser Therapie abbilden: Im Fließtext zeigte sich, dass, selbst wenn die Therapeutin die *feindseligen Emotionen* der Patientin aufgriff (und das tat sie an einigen Stellen), sie dies meist in *verneinter Form* tat und der Patientin damit ihre Emotionen absprach. Was hier also bei Betrachtung der *impliziten GEVA*- und *MICA*-Werte nach einem emotionalen Gleichklang ausgesehen hatte, entpuppte sich im Abgleich mit dem Rohtext als das Gegenteil davon. Um dieser Fehlinterpretation Abhilfe zu schaffen, müsste die *Valenz* der Ratings berücksichtigt werden, denn die *verneinten negativen Emotionen* erhalten im *GEVA*- und *MICA*-Rating die Valenz „angenehm“.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Mittelwerte der *GEVA* und *MICA*-Ratings nur bedingt geeignet sind, um das Zusammenspiel von Patient und Therapeut abzubilden. Die *implizite Mentalisierung* ermöglicht, wenn man die *Valenz der Emotionen* ebenfalls berücksichtigt, eine Einschätzung darüber, ob es dem Therapeuten gelungen ist, sich auf die emotionale Welt des Patienten einzulassen.

Die *explizite Mentalisierung* könnte eventuell Aufschluss darüber geben, ob Therapeuten die wenig *mentalisierten Emotionen* des Patienten durch *mentalisiere Emotionsausdrücke* anreichern, jedoch nur, wenn sichergestellt würde, dass die Wiederholung von Patientenaussagen (was häufig geschieht,

auch oft in Form von Fragen) nicht den Wert der *Weighted Scores* verzerren. Als recht gesichert kann jedoch angenommen werden, dass gleichbleibende niedrige Werte in der *expliziten Mentalisierung* ein Hinweis dafür sind, dass produktives therapeutischen Arbeiten nicht stattfindet (so wie bei dem sehr *hohen quantitativen Ausmaß an wenig mentalisierten feindseligen Emotionen* in Therapie 3)

(2) Gibt es einen therapeutischen Stil, der die Affektmentalisierung beim Patienten anregt?

Die folgenden Ausführungen sind als Hypothesen aufzufassen und verbinden die klinische Einschätzung mit den *GEVA*- und *MICA*-Werten.

Der *eher mentalisierungsanregende* Gesprächsstil des Therapeuten von Patient 1 bestand vor allem darin, bei den Emotionen des Patienten zu bleiben, diese lange zu explorieren und dann zusammenzufassen, *Bilder* zu finden und dann im Anschluss die *Gefühle und Wünsche des Patienten in der therapeutischen Beziehung* zu bearbeiten. Dies soll an einem Beispiel aus der Therapie verdeutlicht werden, das im vorherigen Abschnitt bereits angerissen wurde. Nachdem der Therapeut das *feindselige Erleben* des Patienten in dem Wort der *Zumutung* zusammenfasste (das beide ab dann bis zum Ende der Therapie immer wieder aufgriffen), bezog er es schließlich auf die *Übertragungsbeziehung* (Therapeut: „Ob ich wirklich *Interesse* haben würde oder ob ich es eventuell sogar als *eine Zumutung* empfinden würde, was Sie mir alles erzählen würden“). Es wirkte darüber hinaus sehr stimmig, dass sich der Therapeut zunächst auf die *unangenehmen Emotionen* des Patienten einließ und sie erkundete, dann aber, als der *Selbsthass* eine zu extreme Ausprägung erreichte, gegensteuerte und den Fokus darauf legte, wie der Patient *sein emotionales Erleben* ändern und dabei den Zugang zu angenehmen Emotionen ermöglichen könnte (z.B. durch den Vorschlag, andere anzurufen o.ä.).

Der *eher nicht-mentalisierungsanregende Stil* der Therapeutin 3 lässt sich wie folgt zusammenfassen: Die Therapeutin legte der Patientin insbesondere bereits zu Beginn der Therapie eine *emotional positivere Weltsicht* nahe. Szenen dieser Art ereigneten sich an mehreren Stellen. Die Abfolge war dabei stets die gleiche. Die Patientin versuchte zunächst, ihrem *feindseligen und von negativen Gefühlen geprägten Erleben* Gewicht zu verleihen und scheiterte damit mehrfach (da die Therapeutin mit *angenehmen Emotionen* reagierte oder gar nicht emotional darauf einging). In der Folge gingen Therapeutin und Patientin dann dazu über, über neutrale Themen zu sprechen (Mediatoren, Kleidung). Neben der *Verneinung der negativen Emotionen* sowie der Fokussierung auf *positive Emotionen* fragte die Therapeutin die Patientin häufig nach einer zeitlichen Einordnung von Geschehnissen, wechselte die Perspektive (von der Patientin weg) oder gab praktische Hinweise und Tipps, wie soziale Situationen zu gestalten seien. Dabei entstand der Eindruck, dass die Therapeutin sich nicht auf die emotionale Welt der Patientin einlassen wollte. Mit dem Fortschreiten der Therapie, vor allem zum dritten und vierten

Messzeitpunkt, passte sich die Therapeutin dann der Patientin in ihren wenig *mentalisierten feindseligen Emotionen* an. Da die Therapeutin diese feindseligen Emotionen jedoch *nicht mentalisierter ausdrückte* oder zusammenfasste, wirkte es nicht so, als würde die Patientin von dem Gesprächsstil im Sinne einer Bearbeitung ihrer Konflikte oder einer *Verbesserung der Affektmentalisierung* profitieren (auch wenn sie sich dabei wohl gefühlt haben könnte).

(3) Stimmen die GEVA- und MICA-Werte mit der klinischen Einschätzung überein? Erfassen sie die emotionalen Hauptprobleme und Entwicklungen der Patienten?

Bei Patient 1 waren die *GEVA-* und *MICA-Werte* in der Lage, einen groben Überblick über die konflikthaftern Emotionen zu geben: Das Problem von Patient 1 bestand nach *GEVA/MICA* und auch nach einer psychoanalytischen Einschätzung aus *Angst, Sex, Hilflosigkeit* und *Verachtung gegen sich selbst* sowie *aus wenig mentalisierter Trauer* (die mit den vorherigen Emotionen in enger Verbindung stand). Allerdings griff die *GEVA- und MICA-Wertung* hier zu kurz, da augenscheinlich weniger die *explizite oder implizite Mentalisierung* dieser Emotionen das Hauptproblem des Patienten waren, sondern die spezifische Verknüpfung dieser Emotionen (z.B. von *Sex* und *feindseligen Emotionen gegen sich selbst*): So litt der Patient 1 letztlich unter einer tief-verankerten Homophobie, obwohl er selbst homosexuell war. Der Patient lehnte weite Teile seiner eigenen Person ab. Dieser Selbsthass gipfelte teilweise in Suizidgedanken. Bei einer reinen Betrachtung der *emotionalen Werte* nach *GEVA und MICA* wäre unklar geblieben, ob der Patient zum Beispiel „nur“ verschiedene sexuelle Praktiken ablehnte, die er eigentlich als lustvoll erlebte, oder – so wie es bei dem Patienten 1 der Fall war – ob *diese Ablehnung* letztlich nicht nur seine *Sexualität*, sondern seine gesamte Identität als schwuler Mann betraf.

Deutlich wurde außerdem, dass der zu Beginn der Therapie positive Gesamttenor (zum Beispiel zum zweiten Messzeitpunkt) darüber hinwegtäuschte, dass *einzelne emotionale Einheiten*, die an bestimmten Stellen *Trauer* oder *Scham* zum Inhalt hatten, bei der Verfasserin viel „heftiger“ nachwirkten als die Zusammenfassung der *häufigsten und größtenteils angenehmen Emotionen*.

Es wird daher die Hypothese postuliert, dass einzelne emotionale Aussagen teilweise bedeutsamer sind als andere, was jedoch schwer quantifizierbar ist.

Die *GEVA- und MICA-Werte* zeigten, dass es dem Patienten 1 zum Ende der Therapie hin „besser“ ging und dass er von einem *eher narzisstisch geprägten Emotionskanon* zu einem *emotionalen Erleben* gefunden hatte, das sich auf reale Kontakte bezog. Die *GEVA- und MICA-Werte* konnten jedoch nicht zeigen, dass der Patient darüber hinaus zu einem besseren Selbstverständnis gefunden hatte und beispielsweise Zusammenhänge zwischen seinem *Ekel* vor seiner *Sexualität* und der damit

einhergehenden *Trauer* erkannte („*ich versteh besser, warum ich mich manchmal gar so schlecht fühle*.“). Es bleibt festzuhalten, dass sich *GEVA* und *MICA* vermutlich generell nicht dazu eignen, die Verflechtung von Emotionen (und damit spezielle Konflikte) aufzuzeigen.

Teilweise lieferte der Blick auf *einzelne emotionale Einheiten* aber auch interessante Zusatzinformationen für die Therapie von Patient 1. So hätte man bei der Lektüre der Transkripte leicht übersehen können, dass der Therapeut insbesondere nie auf den *Ekel* des Patienten und häufig auch nicht auf den *Ärger des Patienten in Bezug auf den Therapeuten* einging. Diese Gefühle wurden durch das *GEVA*- und *MICA* Rating trotz der vielen anderen Emotionen sichtbar. Es könnte trotzdem überlegt werden, ob der Therapeut hier eine Art „blinden Fleck“ hatte und manche Entwicklungen dadurch verhindert wurden.

Zusammenfassend ist nach der Sichtung des Rohtextes zu empfehlen, bei der Auswertung mit *GEVA* und *MICA* auf *emotionale Einheiten* zu fokussieren, die besonders *schmerzhaft*e Gefühle wie *Scham*, *Hilflosigkeit*, *Trauer* beinhalten sowie auf *emotionale Aussagen*, die sich direkt auf die *Person des Therapeuten* richten (hierfür müsste man eine entsprechende Zusatzkodierung einführen) sowie auf *emotionale Einheiten*, die *sehr wenig mentalisiert* sind. Hier können die *GEVA* und *MICA* Informationen liefern und auf wichtige Sequenzen in der Therapie aufmerksam machen, die eine Einschätzung des Prozesses stark bereichern könnten.

Zu Patientin 3 lässt sich festhalten, dass die *GEVA*- und *MICA*-Werte das emotionale Innenleben, das hauptsächlich aus *feindseligen Gefühlen gegenüber anderen* bestand, gut und in Übereinstimmung mit der klinischen Einschätzung zeigen konnten. Anders als bei Patient 1 wirkte es auch so, dass eine Mentalisierungsverbesserung *dieser wenig mentalisierten negativen Gefühle* absolut notwendig gewesen wäre, um überhaupt Zugang zu dem darunter liegenden, psychischen Konflikten zu finden. Es wäre daher notwendig gewesen, dass die Patientin *ihre Verachtung und ihren Ärger gegen andere* als solchen erkannt hätte, bevor man sich hätte fragen können, gegen was oder warum sie in ihrem Leben eigentlich so viel *Ärger* empfand. De facto entstand jedoch eher der Eindruck, als sei der Patientin das *Vorherrschen ihrer feindseligen Gefühle* gar nicht bewusst.

5. Diskussion

In der Arbeit werden vier Hauptfragen bearbeitet:

(1) Wie verändert sich die *Affektmentalisierung* in psychoanalytischen Therapiesitzungen und in den *Adult Attachment Interviews* im Zeitverlauf? Fünf Patienten wurden hierfür über einen längeren Zeitverlauf untersucht. Auf Einzelfallebene wurden die Verläufe bereits im Ergebnisteil mit Textbeispielen unterlegt, ausführlich beschrieben und interpretiert. Nun sollen im Diskussionsteil die Verläufe zusammengefasst betrachtet werden: Deutet sich ein prototypischer Verlauf in Bezug auf die *implizite* und *explizite Affektmentalisierung* in Therapien an? Anschließend sollen die wichtigsten Ergebnisse für jeden Patienten in Bezug auf die *Mentalisierung einzelner Emotionen* zusammengefasst werden und mit seinen *Diagnosen* sowie den *SCL-90-R* Werten verglichen werden. In einem zweiten Schritt soll beleuchtet werden, welche (zusätzlichen) Erkenntnisse durch die Auswertung der *AAIs* mit *GEVA* und *MICA* gewonnen wurden.

(2) Um Zusammenhänge zwischen der *GEVA*- und der *MICA* und anderen Verfahren zu testen, wurden Korrelationen mit der *RFS* und der *SCL-90-R* durchgeführt. Die Ergebnisse werden diskutiert.

(3) Für die Frage nach dem *Wie* der Veränderungsprozesse wurden zwei Therapieverläufe qualitativ untersucht und dabei die klinisch-psychoanalytische Einschätzung direkt im Abgleich mit den *zusammengefassten GEVA-* und *MICA-Werten im Zeitverlauf* und mit *einzelnen affektiven Einheiten* betrachtet. Auch hier sollen die bereits in Kapitel 4.3 ausführlich besprochenen Erkenntnisse des qualitativen Ergebnisteils gebündelt dargestellt und Hypothesen abgeleitet werden, die über die beiden Einzelfälle hinausgehen.

(4) Die vierte Fragestellung bezieht sich auf das Arbeiten mit der *GEVA* und der *MICA*, die erstmals in einem größeren Umfang auf deutschsprachiges klinisches Material angewendet wurden. Die Erfahrungen, die Handhabbarkeit, die Probleme und die Vorteile der Methode sollen aufgezeigt werden. Die Methodenkritik soll dabei auch inhaltlicher Natur sein: Was messen *GEVA* und *MICA* wirklich und was erfassen sie nicht? Wo stehen *GEVA* und *MICA* im Vergleich zu anderen (Emotions-) Messverfahren? Wie könnten sie verbessert werden? Der Abschnitt wird durch eine alternative Datendarstellung von *GEVA-* und *MICA-Werten* abgerundet.

Abschließend werden die Ergebnisse in Bezug auf ihre klinische Relevanz hin eingestuft, die Limitationen der Arbeit werden besprochen, Bezüge zur Praxis hergestellt und es sollen Empfehlungen für künftige Psychotherapieforschungsvorhaben gegeben werden.

5.1 Veränderung der Affektmentalisierung im Therapieverlauf und in den AAls

Bei drei der fünf untersuchten Patienten (Patient 1, Patient 2, Patientin 5) fand sich ein ähnliches Muster in der *impliziten Emotionsmentalisierung*: So verbalisierten Patient 1, Patient 2 und Patientin 5 zu Beginn der Therapie mehr *unangenehme Emotionen* als *angenehme*. Bei allen drei Patienten kam es während der Therapie zu einem „emotionalen Einbruch“, das heißt, die *unangenehmen Emotionen* nahmen im Verhältnis zu den *angenehmen Emotionen* zu einem oder mehreren folgenden Messzeitpunkten einen noch deutlich größeren Raum ein als zu Therapiebeginn. Zum *letzten Messzeitpunkt* überwogen bei allen drei Patienten dann *quantitativ* die *angenehmen Emotionen*.

Diese U-oder V-Verlaufsform zeigte sich bei Patientin 3 und bei Patientin 4 nicht. Während Patientin 3 über die vier Messzeitpunkte hinweg immer mehr unangenehme Emotionen verbalisierte, zeigte sich bei Patientin 4 ein Zuwachs an *angenehmen Emotionsverbalisierungen*. Patientin 4 brach die Therapie dennoch nach drei Messzeitpunkten ab, was auch daran gelegen haben könnte, dass ihre *unangenehmen Emotionen*, die schon zu Beginn *quantitativ* extrem ausgeprägt waren (80 Prozent aller emotionalen Äußerungen hatte unangenehme Emotionen zum Inhalt) bei der letzten Messung immer noch deutlich überwogen (60 Prozent).

In Bezug auf die *explizite Mentalisierung*, „*the core of mentalization*“, oder: die Qualität des Emotionsausdruckes, lassen sich folgende Entwicklungen festhalten:

Lecours (2015) betont vor allem die besondere Wichtigkeit der Emotion *Trauer*. Diese soll zunächst beleuchtet werden. Vergleicht man die **Eingangs- und Endmessungen** des Therapieverlaufs, so finden sich folgende Ergebnisse: Drei Patienten (Patient 1, Patient 3 und Patientin 5) drücken die *Trauer* zur letzten Messung *expliziter mentalisiert* aus als zu Beginn der Therapie. Bei Patientin 4, die die Therapie nach drei Messzeitpunkten abbrach, war die Anfangs- und Endmessung der *expliziten Trauermentalisierung* nahezu gleich und auf einem eher niedrigeren Niveau. Patient 2 „verschlechterte“ sich in seiner *Trauermentalisierung* im Vergleich vom ersten zum letzten Messzeitpunkt. Hier muss jedoch angemerkt werden, dass Patient 2 die *Trauer* schon zu Therapiebeginn mit einem sehr hohen *Weighted Score* ausdrückte. Dies könnte für eine „Hypermentalierung“ (Bolm, 2009, S. 46) sprechen. Im Verlauf sank der *explizite Mentalisierungswert* für die *Trauer* bei Patient 2 zwar etwas ab. Die *Trauer* wurde aber zum letzten Messzeitpunkt immer noch in recht mentalisierter und angeeigneter Form, jedoch etwas bildlicher, spontaner und/oder körperlicher ausgedrückt als zu Beginn der Therapie.

Vergleicht man die **Anfangs- und Endmessungen** für die *Angst*, so drückten drei Patienten ihre Angst zum letzten Messzeitpunkt mentalisierter aus als zu Beginn der Therapie (Patient 1, Patient 2 und

Patientin 3). Die „Therapieabbrecherin“ Patientin 4 zeigte auch bei der *Angst* keine Veränderung im *expliziten Mentalisierungsniveau*. Patientin 5 drückte ihre Angst *weniger mentalisiert* als zu Beginn der Therapie aus. Ihr Anfangswert war jedoch auf einem sehr hohen Mentalisierungsniveau und sank nur wenig ab.

Bei der *Feindseligkeit gegen andere* zeigte sich folgendes Bild: Auch hier drückten zwei Patienten (Patient 1 und Patient 2) die *feindseligen Emotionen gegen andere* zum Therapieende hin mentalisierter aus als zu Beginn der Therapie. Patientin 3 und Patientin 4 zeigten kaum Veränderungen. Patientin 5 drückte *feindselige Emotionen gegen andere* schon zu Beginn eher *mentalisiert* aus. Zum Ende war ihre Verbalisation dann etwas spontaner.

Betrachtete man neben den **Eingangs- und Endmessungen** die **Entwicklung** der *Trauer*, der *Angst* und der *feindseligen Emotionen* im Therapieverlauf, so zeigt sich kein einheitliches Muster. Dies soll in der Abbildung 59 visualisiert werden:

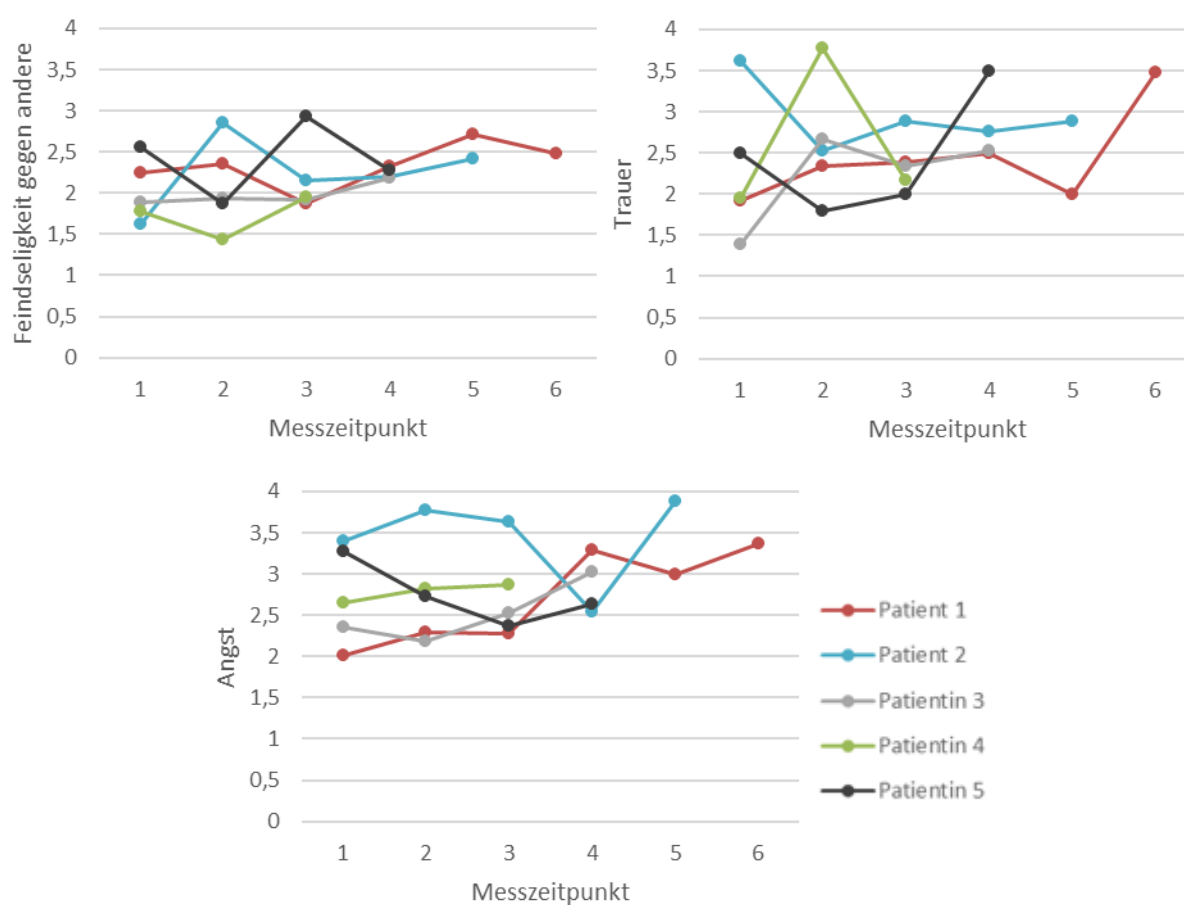


Abbildung 59: Patienten 1-5 Schwankungen in den Emotionen Feindseligkeit gegen andere, Trauer, Angst (Qualität, Weighted Scores) der Patienten im Zeitverlauf

Für andere *Emotionen* oder *Emotionscluster* werden nun wichtige einzelne Entwicklungen für jeden Patienten und jede Patientin vorgestellt und in Bezug auf seine bzw. ihre *Diagnose(n)* und in Bezug auf die jeweiligen *SCL-90-R*-Werte eingeschätzt.

Bei Patient 1 war eine *narzisstische Persönlichkeitsstörung* diagnostiziert. Nach *GEVA* und *MICA* zeigte sich, dass *Emotionen*, die mit einer narzisstischen Thematik von verschiedenen Autoren in Zusammenhang gebracht wurden (Altmeyer, 2000; Kernberg, 2006; Wurmser, 1997), während der Therapie auftraten: *Scham*, *Hilflosigkeit* und *feindselige Gefühle gegen sich selbst* wurden in der Mitte der Therapie verbalisiert. Die therapeutische Auseinandersetzung mit der *Scham* und die Erhöhung der Affekttoleranz für diese *negative Emotion* wurde auch von Briand-Malenfant, Lecours und Kollegen (2013) als entscheidend für die erfolgreiche Behandlung *narzisstischer Persönlichkeitsstörungen* erachtet. Nachdem die eben benannten *negativen Emotionen* in den Vordergrund getreten waren, nahmen diese zum Ende der Therapie wieder ab oder wurden gar nicht mehr verbalisiert. Auch zeigte sich in der *Emotionszusammensetzung*, dass der Patient zum Therapieende eher *Emotionen* verbalisierte, die auf Beziehungen mit anderen ausgerichtet waren (*Liebe für andere*, *Interesse*, aber auch *Ärger gegen andere* in einem moderaten Umfang), was als möglicher Hinweis dafür interpretiert wird, dass die mit der narzisstischen Persönlichkeitsstörung einhergehende Beziehungsstörung (teilweise) überwunden wurde (Walter & Bilke-Hentsch, 2020). In Kombination mit der deutlich verbesserten *expliziten Mentalisierung* der *Trauer* kann die Therapie nach *GEVA* und *MICA* als erfolgreich interpretiert werden. Diese Entwicklung zeigte sich auch in den Werten der *SCL-90-R*: Die grundsätzliche *psychische Belastung* (*GSI*: 64) und die *Intensität der Symptome* (*PSDI*: 70) verschlechterten sich deutlich zur Therapiemitte hin (*GSI*: 72; *PSDI*: 74) und waren dann gegen Therapieende (T5) im Vergleich zu den beiden vorherigen Messungen deutlich verbessert (*GSI*: 53; *PSDI*: 55).

Patient 2 kam aufgrund sexueller Thematiken und (damit einhergehenden) Selbstzweifeln in die Therapie (Diagnosen: *Sexueller Masochismus*, *Störung der Geschlechtsidentität* sowie eine *selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung*). Die in der Therapie verbalisierten *Emotionen* stimmten mit den Diagnosen überein. Der Patient beschäftigte sich hauptsächlich mit *Liebe für andere*, *Scham*, *Ekel vor anderen*, *Verlangen*, *Sex* sowie *Ärger gegen andere*. Aufgrund der hohen Eingangswerte der *expliziten Mentalisierung* für *Trauer* und *Angst* kann bei Patient 2 von einer Tendenz zur „Hypermentalisierung“ (Bolm, 2009, S. 46) bei Therapiebeginn ausgegangen werden und die Entwicklung hin zu spontaneren, körperlichen Emotionsverbalisierungen als eine positive Entwicklung eingeschätzt werden. Die für die Diagnose äußerst bedeutsame Emotion *Scham* wurde im Verlauf *quantitativ weniger* und zugleich *explizit mentalisierter* verbalisiert. Es zeigten sich bei Patient 2

zusätzlich interessante „Bündelungen“ von Emotionen. So gaben die *GEVA*- und *MICA*-Werte Aufschluss darüber, dass die Emotionen *Bewunderung für andere*, *Liebe für andere* sowie *Ekel vor anderen* bei Patient 2 stets in Kombination auftraten. Ähnliche Emotionsbündelungen, die als ein Ausdruck von ausgeprägten Nähe-Distanz-Ambivalenzen gedeutet werden können, wurden auch von Krause und Merten (2007) beschrieben. Gerade diese Ambivalenz bestehend aus Liebe und Ekel und kann Ängste in intimen Beziehungen verursachen (Sigusch, 2015). Diese Ängste können wiederum durch eine eher rigide Gestaltung der Sexualität mit sadomasochistischen Ritualen abgefedert werden (Vetter, 2007). Auch dieses Zusammenspiel zeigte sich bei dem Patienten: Die Emotionen *Angst* sowie *Sex* verliefen spiegelverkehrt. Je mehr der Patient also über *Sex* sprach, desto weniger stand seine *Angst* thematisch im Vordergrund. Die groben *GEVA*- und *MICA*-Werte indizieren, dass es dem Patienten nach der Therapie besser ging als zuvor (mehr *angenehme Emotionen*). Diese Entwicklung zeigte sich auch in den Werten der *SCL-90-R*. Die schon zu Therapiebeginn nicht sehr stark ausgeprägte *psychische Belastung* (*GSI*: 60) und die *Intensität der Symptome* (*PSDI*: 60) verbesserte sich zum Therapieende (T4) hin (*GSI*: 54, *PSDI*: 58).

Patientin 3 wurde aufgrund einer *depressiven Episode* sowie einer *Somatisierungsstörung* behandelt. Beide Diagnosen waren aus den *Emotionsverbalisierungen* nicht ersichtlich. Zwar verbalisierte die Patientin viele *Emotionen* in wenig *mentalisierten Form*, jedoch herrschte bei ihr der *verbale Kanal* vor, und nicht – wie einer Somatisierungsstörung zu vermuten gewesen wäre – der *somatische Kanal*. Die Patientin verbalisierte außerdem in sehr hohem Ausmaß *feindselige Emotionen* gegen andere, was nicht mit der Aggressionshemmung bei Depressionen vereinbar ist, die in der psychodynamischen Krankheitslehre weitläufig angenommen wird (Will et al., 2008; Mentzos, 2001). Krause und Merten (2007) gehen davon aus, dass die Anhedonie das Zentrum der depressiven Erkrankung darstellen könnte. Auch diese zeigte sich bei der Patientin nicht. Ihre Emotionen waren stark auf ein Gegenüber bezogen und das häufige Äußern von *Überraschung* erweckte den Eindruck einer aktiven Patientin. Vielmehr glich die *implizite und explizite Mentalisierung* von Patientin 3 der Affektmentalisierung, die Lecours und Bouchard (2011) bei Borderlinepatientinnen beobachtet hatten. Es könnte also diskutiert werden, ob die Diagnosen der Patientin tatsächlich passend waren. Die Patientin durchlief während der gesamten Therapie nur *marginale Veränderungen* in der *Mentalisierung*. Nach den Werten der *SCL-90-R* war die Patientin dennoch im Verlauf weniger psychisch belastet. Die *psychische Belastung* (*GSI*: 60) und die *Intensität der Symptome* (*PSDI*: 65) nahmen im Verlauf deutlich ab (*GSI*: 48, *PSDI*: 44). Diese positive Entwicklung zeigte sich nicht in den *Emotionsverbalisierungen*, die im Verlauf der Therapie immer *unangenehmer* wurden. Es ist jedoch denkbar, dass die Patientin die Therapie dazu nutzen konnte, ihre *feindseligen Emotionen* „abzuladen“. Eine derartige „Katharsis oder Entladung“ (Gendlin, 2011, S. 348) kann für Patienten sehr angenehm und wertvoll sein. Es ist also denkbar, dass die Patientin

von der Therapie profitieren konnte, auch wenn keine tiefere Bearbeitung der Konflikte (siehe qualitative Auswertung, Kapitel 4.3) oder eine verbesserte *Emotionsmentalisierung* erreicht wurden.

Patientin 4 hatte mit 5 *Diagnosen* die meisten *Diagnosen* in der Stichprobe. Sie litt unter einer *mittelgradigen Depression*, einer *sozialen Phobie*, einer *Panikstörung*, einer *Bulimie* sowie einer *vermeidend-unsicheren Persönlichkeitsstörung*. Die hohe Anzahl der psychischen Erkrankungen zeigte sich auch in den *unangenehmen emotionalen Verbalisierungen* der Patientin. Sie drückte im Vergleich mit den anderen fünf Patienten mit großem Abstand die *meisten unangenehmen Emotionen* aus (fast 80 Prozent). Obwohl während der drei Messzeitpunkte mehr *angenehme Emotionen* verbalisiert wurden, brach die Patientin die Therapie um die 200. Stunde ab. Als potentieller Grund für den Abbruch könnte die massive Zunahme der *Emotion Angst* gesehen werden. Nach Izard (1981) ist die *Angst* das toxischste Gefühl und auch Lecours (2013) beschreibt den mit der *Angst* einhergehenden Wunsch, sich von der Gefahr sofort abzuwenden. Es ist gut denkbar, dass Themen in der Therapie die *Angst* angefacht hatten, bis die Intensität der Emotion für die Patientin nicht mehr aushaltbar war. Bei der Patientin zeigten die Verbalisierungen nach *GEVA* und *MICA* auch das mit dem depressiven Erleben assoziierte Muster der Aggressionshemmung (Will et al., 2008; Mentzos, 2001). *Ärger gegen andere* wurde kaum verbalisiert, und wenn, „gehörte“ der Affekt anderen Personen. Die Entwicklung der *Angst* und das zum Therapieende immer noch hohe Ausmaß an *unangenehmen Emotionen* steht damit in Einklang mit den Werten der *SCL-90-R*. Die bereits zu Beginn ausgeprägte *psychische Belastung* (*GSI*: 80) blieb gleich und die *Intensität der Symptome* (*PSDI*: 68) verschlechterte sich zum Therapieende (*PSDI*: 74).

Patientin 5 nahm die Therapie aufgrund einer *sozialen Phobie* sowie einer *Anpassungsstörung* auf. Zu den Diagnosen passende Emotionen prägten auch das Therapiegeschehen. So sprach die Patientin zu nahezu allen Messzeitpunkten am häufigsten über ihre *Angst*. Ebenfalls mit den Diagnosen assoziierte Emotionen wie *Scham* und *Hilflosigkeit* wurden während der Therapie verbalisiert und zum Ende hin *explizit mentalisierter* ausgedrückt als zu Therapiebeginn. Mentzos (2015) sieht in der Bewusstwerdung der *Scham* in Kombination mit dem Aushalten des Gefühls den Dreh- und Angelpunkt bei sozialen Phobien. Die Patientin verbalisierte im Verlauf der Therapie mehr *Verlangen* und mehr *Liebe für andere*, was ebenfalls als positive Entwicklung angesehen werden kann. Auch die *Trauer* konnte sie zum Therapieende hin in sehr *angeeigneter* und *mentalisierte Form* ausdrücken. Den positiven Entwicklungen zum Trotz muss jedoch betont werden, dass die *Angst* auch noch zum letzten Messzeitpunkt die vorherrschende Emotion der Patientin war, was es schwierig macht, den „Erfolg“ der Therapie einzuschätzen. Die Werte der *SCL-90-R* deuten jedoch an, dass die Patientin bereits während der Therapiemitte weniger psychisch belastet war als zu Beginn der Therapie (zu Beginn: *GSI*: 61, *PSDI* 55; *Mitte der Therapie*: *GSI*: 57, *PSDI*: 52; Werte für das Therapieende fehlen).

Fazit und zusammenfassende Überlegungen. Die Frage: „Gibt es bei den fünf Patienten einen *prototypischen Verlauf in der Affektmentalisation*?“ muss verneint werden. Die beobachteten Patienten wiesen unterschiedliche Verläufe auf: Eine Patientin brach die Therapie nach drei Messzeitpunkten ab, was vermutlich daran lag, dass sich ihre *Angst* im Therapieverlauf stark steigerte. Eine weitere Patientin wies eine starre *Emotionszusammensetzung* bei relativ gleichbleibender *expliziter Mentalisation* auf (mögliche Gründe hierfür finden sich im Abschnitt 5.3: Wie kommen Veränderungen in der Affektmentalisation zustande?). Jedoch deutete sich für die verbleibenden drei Patienten ein Muster an: Sie zeigten in Bezug auf die *implizite Mentalisation* einen Art U-förmigen Verlauf. Das heißt, dass diese drei Patienten während der Therapiemitte ein größeres Ausmaß an *unangenehmen Emotionen* als zu Beginn der Therapie erlebten und sich anschließend deutlich in ihrer Gesamtstimmung verbesserten. Zum Therapieende überwogen also die *angenehmen Emotionen*. Vorrübergehende Verschlechterungen in der Symptomatik von Patienten mit einer anschließenden Verbesserung, sogenannte *high-low-high-Verläufe*, wurden auch von anderen Autoren gefunden und sind mit Therapieerfolg assoziiert (Tasca & McMullen, 1992; Tasca, Foot, Leite, Maxwell, Balfour & Bissada, 2011). In den drei Therapien mit dem U-Verlauf fanden zugleich auch die meisten Veränderungen in der *expliziten Mentalisation* statt, das heißt, bei verschiedenen einzelnen Emotionen wie *Trauer*, *Scham* oder *Angst* zeigten sich im Vergleich von Eingangs- und Endmessung oder während des Prozesses die meisten positiven Veränderungen. Die Verbesserung in der Affektmentalisation dieser drei Patienten deckt sich mit der Verbesserung in der *psychischen Belastung* und der *Intensität der Symptome* nach dem Fragebogenmaß *SCL-90-R*.

In Bezug auf die Diagnosen förderten die *GEVA*- und *MICA*-Werte teilweise interessante Zusatzinformationen zutage, die psychoanalytische Krankheitskonzepte stützen. Betrachtet man beispielsweise die *narzisstische Persönlichkeitsstörung*, so hätte Patient 1 gemäß seiner *DSM-4*-Diagnose vor allem *Bewunderung* und *Liebe für sich selbst* äußern müssen. Dies war aber nicht der Fall. Die Auswertung mit *GEVA* und *MICA* lieferte Anhaltspunkte dafür, dass die narzisstische Thematik nicht (nur) aus einem Muster aus Großartigkeit und Empathiemangel wie im *DSM-4* (bzw. mittlerweile auch im *DSM-5*) beschrieben besteht, sondern dass vielmehr *Scham* und *feindselige Gefühle gegen sich selbst* den Kern der Erkrankung bilden. Die beiden Emotionen werden auch von Altmeyer (2000) als Zentrum der Störung bezeichnet und stützen die Kritik an den phänomenologisch orientierten Klassifikationssystemen wie dem *DSM* (Jäger, 2015). Die Emotionszusammensetzung des Patienten, der unter seinem *sexuellen Masochismus* litt, zeigte ebenfalls interessante Verzahnungen von Emotionen wie *Ekel*, *Liebe* und *Bewunderung*, die das klinische Verständnis von einer rigide gestalteten Sexualität bereichern können.

Die Entwicklung der Affektmentalisierung der Patienten im AAI

Die Auswertung der AAI mit GEVA und MICA hatte zwei Ziele. Zum einen sollten die *verschiedenen Affektmentalisierungswerte der GEVA/MICA* mit den Werten der *Reflexiven Funktion* korreliert werden (siehe Abschnitt 5.2). Zum anderen sollte die Affektmentalisierung im semistrukturierten Interview AAI mit den „freien“ *Emotionsverbalisierungen* der Therapiestunden verglichen werden. Es sollte überprüft werden, ob sich ähnliche oder unterschiedliche Verläufe hinsichtlich der *expliziten* und *impliziten Emotionsverbalisierungen* zeigen. Die Ergebnisse sollen hier zusammengefasst werden.

Zunächst wurde deutlich, dass die Fragen des AAI die Verbalisierung bestimmter Emotionen nach der MICA evoziert. So verbalisierten vier der fünf Patienten im AAI (quantitativ) vor allem *Liebe für andere* und *Ärger gegen andere*. Der *Ärger gegen andere* wurde dabei von allen Patienten eher motorisch-spontan und auf einem *niedrigen expliziten Mentalisierungsniveau* verbalisiert. Die *Liebe für andere* wurde von allen Patienten (*explizit*) „*mentalisierte*“ ausgedrückt als der *Ärger*, befand sich jedoch auch meistens in einem eher mittleren Mentalisierungsbereich.

Nur bei Patientin 4, die die Therapie abbrach, waren die Emotionsverbalisierungen im AAI vor allem von *Ärger gegen andere* sowie *Angst* und *Trauer* bestimmt. Die Emotion *Liebe für andere* spielte zu allen Messzeitpunkten für diese Patientin eine eher untergeordnete Rolle. Zugleich wies die *Liebe für andere* bei Patientin 4 den höchsten *expliziten Mentalisierungswert* auf, was Rückschlüsse darauf erlaubt, dass die Patientin die *Liebe für andere* zwar benannte, sie jedoch weniger in Form von Handlungen beschrieb.

Es zeigte sich zudem, dass die *Affektzusammensetzungen* und auch die *Mentalisierung verschiedener Affekte* in den AAI im Zeitverlauf variabel waren und die Patienten je nach Messzeitpunkt zwar größtenteils die *gleichen Emotionen*, jedoch in anderen Gewichtungen äußerten.

Patient 1 verbalisierte im ersten AAI vor allem *Ärger gegen andere*. Zum zweiten Messzeitpunkt kam es zu einem starken Anstieg von *Liebe für andere*. In der Endmessung lagen *Liebe für andere* und *Ärger gegen andere* gleichauf. *Trauer* wurde über die Messungen hinweg im AAI präsenter und auch von Messung zu Messung *qualitativ mentalisierter* ausgedrückt. Die positive Entwicklung der *expliziten Trauermentalisierung* im AAI deckt sich mit der Entwicklung dieser Emotion im Therapieverlauf.

Patient 2 verbalisierte zum ersten Messzeitpunkt ebenfalls vor allem *Ärger gegen andere*. Dieser *Ärger* war zum mittleren Messzeitpunkt noch deutlicher ausgeprägt und sank zugleich in seinem *expliziten Mentalisierungswert* deutlich ab. Generell war die Zusammensetzung der Emotionen während der Therapiemitte am *negativsten*, der Patient verbalisierte hier auch viel *Scham* und *Verachtung gegen*

andere. Zum letzten Messzeitpunkt lagen *Ärger gegen andere* und *Liebe für andere* dann gleichauf und der Bericht war emotional gesehen *angenehmer* geworden.

Patientin 3 verbalisierte im AAI neben *Ärger gegen andere* und *Liebe für andere* vor allem *Trauer*. Während in den ersten beiden Messungen der *Ärger gegen andere* quantitativ am häufigsten verbalisiert wurde, war zum letzten Messzeitpunkt die *Trauer* die häufigste Emotion. Dies lag jedoch erkennbar an einem kurz zuvor eingetretenen Todesfall im näheren Umfeld der Patientin und war daher in erster Linie situativ bedingt. Auffällig war bei Patientin 3 der identische Wert der *expliziten Mentalisierung für Ärger gegen andere* zu allen drei Messzeitpunkten, was vermutlich ein Indiz für stereotype Wiederholungen ist. Die *Trauer* wurde im Verlauf etwas *mentalisiert* ausgedrückt, was sich mit der Entwicklung im Therapieverlauf deckt.

Patientin 4 verbalisierte während der ersten AAI-Messung noch am häufigsten *Ärger gegen andere*. Die Emotion sank jedoch im Zeitverlauf ab und wurde von der *Angst* und der *Trauer* „überholt“. Insbesondere die *Angst* dominierte quantitativ die letzten beiden Messungen im AAI, was mit der Entwicklung in der Therapie im Einklang stand. In der *expliziten Mentalisierung* zeigten sich kaum Entwicklungen.

Für Patientin 5 lagen nur zwei AAIs vor. Auch sie verbalisierte vor allem *Ärger gegen andere*. Zur letzten Messung äußerte sie jedoch deutlich mehr *Liebe für andere* und mehr *Scham*, wobei *Scham* zugleich weniger *stark explizit mentalisiert* wurde. Auch im Therapieverlauf kam der *Scham* bei Patientin 5 eine größere Rolle zu, wobei sich der Wert in der *expliziten Mentalisierung* während der Therapie verbesserte.

Zusammenfassende Überlegungen und Fazit. Teilweise finden sich *emotionale Entwicklungen* aus dem Therapiegeschehen auch in den AAIs wieder, was die Ergebnisse zur Affektmentalisierung aus den Therapien stützt. Die Auswertung könnte außerdem ein Indiz sein, dass analytische Psychotherapien das emotionale innere Bild der eigenen Kindheit verändern können. Da jedoch in der vorliegenden Studie ausschließlich Menschen in Therapien untersucht wurden, müsste diese Hypothese an einer größeren Stichprobe sowie im Abgleich mit einer Kontrollgruppe, die keine Therapie durchläuft, untersucht werden. Das AAI eignet sich dennoch nur bedingt für eine Auswertung mit der GEVA und MICA. Der Grund hierfür ist, dass das AAI nur bestimmte *Emotionen* evoziert, die zudem in großen Teilen anderen Personen zugeschrieben werden. So wird beispielsweise gefragt, wie Mutter oder Vater als Personen waren, was dazu führt, dass die Patienten Eigenschaften benennen und die zugehörigen vermuteten Emotionen von Vater und Mutter beschreiben. Ein direkter Vergleich mit den

Therapiesitzungen, in denen es häufig um das eigene Erleben geht, ist daher per se schwierig. Wesentlich problematischer für den Vergleich mit der *GEVA* und der *MICA-Wertung* für die Therapiesitzungen ist jedoch, dass die Fragen im *AAI* häufig dazu auffordern, Handlungen und Erlebnisse konkret zu beschreiben (z.B.: „Wenn Sie sich nicht wohl gefühlt haben, was haben Sie dann gemacht? Wie war das, wenn Sie als Kind krank waren?“). Werden derartige Fragen kohärent beantwortet, so werden viele Handlungen beschrieben, die nach der *GEVA* im spontanen und motorischen Bereich liegen (z.B.: Trösten, Schimpfen usw.). Die meisten Fragen des *AAIs* zielen also gerade nicht darauf ab, Emotionen wie den *Ärger gegen andere* oder *Liebe für andere* in elaborierten inneren Bildern oder in einer verbalen, angeeigneten Form zu beschreiben (was für eine „gute“ Mentalisierung im Sinne der *GEVA* spricht). Bei einer Interpretation der *GEVA* und *MICA*-Werte im Vergleich mit der Therapie könnten daher eher zusätzliche Emotionen interessant sein, die eigentlich nicht oder nicht in hohem Ausmaß durch die *AAI*-Fragen angeregt werden, wie zum Beispiel die *Scham*, die von manchen Patienten verbalisiert wurde, oder auch die *Verachtung von andere*. Dennoch ist insgesamt – vom Vergleich der Mentalisierungskonzepte abgesehen – eine *GEVA*- und *MICA*-Auswertung der *AAIs* von fraglichem Zusatznutzen, denn sie ergab nur wenige Erkenntnisse, die über die Entwicklungen in den Therapiesitzungen hinausgingen.

5.2 Korrelation der *GEVA* mit anderen Messverfahren

Die *expliziten GEVA*- und *MICA*-Werte korrelierten in keinem bedeutsamen Ausmaß mit der *RFS* (keine signifikanten Korrelationen). Nach der Herausarbeitung der theoretischen Unterschiede (siehe Abschnitt 2.1.3) zwischen der britischen und der französischen Sichtweise sowie der Art der Fragestellungen des *AAIs* scheint dieses Ergebnis nicht weiter verwunderlich. Die höchste negative (wenn auch nicht signifikante) Korrelation zeigte sich mit *eigener Trauer*, was auf den ersten Blick verwundert: Je besser eine Person ihre *Trauer* nach der *GEVA* mentalisieren konnte (qualitativ), desto schlechter wurde ihre Mentalisierungsfähigkeit in der *Reflexiven Funktionsskala* eingeschätzt. Geht man davon aus, dass es sich um keinen Zufallsbefund handelt, gäbe es hierfür mehrere mögliche Erklärungen: Im *AAI* zielen viele Fragen darauf ab, sich in andere Personen einzufühlen und deren Verhalten zu erklären. Aus diesem Grund wurden für die Auswertung in Anlehnung an Lecours, Fonagy und Kollegen (2008) auch *GEVA*- und *MICA*-Werte getrennt für *eigene Gefühle* und für die *Gefühle der anderen* generiert. Es ist denkbar, dass Personen, die in Bezug auf ihre Biographie und frühe Beziehungsepisoden innerlich in ihrer *eigenen Trauer* oder *Enttäuschung* über das Vergangene verharren, (noch) nicht in der Lage sind, Gründe für das verletzende Verhalten relevanter Bezugspersonen zu verbalisieren. Es ist jedoch auch denkbar, dass ein hoher Mentalisierungswert für *Trauer* für eine Hypermentalisierung spricht, was ebenfalls mit einem geringen Wert in der *reflexiven Funktion* einhergehen könnte.

Aus der *SCL-90-R* wurden für die Korrelationen mit *GEVA*- und *MICA* zwei globale Kennwerte verwendet, die ein Maß für die grundsätzliche *psychische Belastung* und für die *Schwere der Beeinträchtigung* darstellen. Es zeigten sich sechs signifikante Zusammenhänge: Je häufiger Personen *feindselige Gefühle gegen sich selbst* in den Therapiestunden verbalisierten (*implizite Mentalisierung*), desto größer war ihre *psychische Belastung* und desto *schwerer* waren sie von dieser Belastung *beeinträchtigt*. Für die Häufigkeit von Angst zeigte sich folgendes: Je mehr *Angst* von den Personen in den Therapiestunden verbalisiert wurde, desto stärker war ihre *psychische Belastung*. Wie die *Angst* qualitativ mentalisiert war (*explizite Mentalisierung*) spielte für die Werte der *SCL-90-R* keine Rolle. Für die *feindseligen Gefühle gegen sich selbst* zeigte sich jedoch folgendes: Je angeeigneter, bewusster und verbaler *feindselige Emotionen gegen sich selbst* in den Therapiestunden ausgedrückt wurden, desto geringer war die *psychische Beeinträchtigung* und die *Schwere der Symptome*. Die *Beeinträchtigung durch die Belastung* war zudem positiv mit der Häufigkeit von *Trauer* korreliert. Der globale Wert *aller negativen Emotionsäußerungen* stand in keinem Zusammenhang mit den beiden verwendeten Kennwerten der *SCL-90-R*.

Zusammenfassende Überlegungen und Fazit. Die Stichprobengröße der vorliegenden Studie ist nach Ansicht verschiedener Autoren zu klein, um aussagekräftige statistische Zusammenhänge zu berechnen (Kauermann & Küchenhoff, 2011; Bühner & Ziegler, 2009). Um überhaupt Berechnungen durchführen zu können, wurden zudem die Werte der fünf Patienten für die verschiedenen Messzeitpunkte als einzelne Beobachtungen aufgefasst, was ebenfalls nicht unproblematisch ist, da diese Werte streng genommen nicht voneinander unabhängig sind. Folglich könnten die Zusammenhänge durch Autokorrelationen verzerrt sein. Die statistischen Berechnungen können daher allenfalls als Tendenzen für die vorliegende Stichprobe interpretiert werden. Die Ergebnisse zeigten keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen den *GEVA*- und *MICA*-Werten und der *Reflexiven Funktionsskala*, was die unterschiedlichen theoretischen Ausrichtungen der Verfahren verdeutlicht. Für Zusammenhänge mit den zwei globalen Kennwerten der *SCL-90-R* spielte vor allem die *Häufigkeit* (und nicht die *Qualität*) der Emotionen *Trauer*, *Angst* und *feindselige Gefühle gegen sich selbst* eine Rolle. Nur für die *feindseligen Gefühlen gegen sich selbst* war eine gute *explizite Mentalisierung (Qualität)* mit einer geringeren psychischen Gesamtbelastung und einer weniger ausgeprägten *Schwere der Symptome* assoziiert. Eine verbesserte Wahrnehmung von *feindseligen Emotionen gegen sich selbst* könnte demnach ein wichtiges Therapie(zwischen)ziel auf dem Weg zu mehr Selbstliebe und Selbstakzeptanz darstellen. Die Ergebnisse stehen außerdem sowohl in Einklang mit Lecours' (2015) Hypothese, dass die Emotion *Trauer* im Zentrum des therapeutischen Prozesses stehen sollte als auch mit Izards (1981) Ansicht, dass die *Angst* eine besonders toxische Emotion darstelle. Bedeutsam erscheint auch die Tatsache, dass der

globale Wert aller unangenehmen Emotionen nicht mit der psychischen Belastung oder der Schwere der Symptomatik zusammenhing. Erst die Betrachtung spezifischer, einzelner *negativer Emotionen* konnte bedeutsame und starke Zusammenhänge mit *psychischer Belastung* und *Beeinträchtigung* sichtbar machen, was den Einsatz feinkörniger Emotionsmessverfahren wie der *MICA* rechtfertigt.

5.3 Wie kommen Veränderungen in der Affektmentalisierung zustande?

Für die Frage nach dem *Wie* der Veränderungsprozesse wurde ein Therapieverlauf untersucht, bei dem nur eine geringe Veränderung in der *Emotionsmentalisierung* (*wenig erfolgreiche Therapie*3) zu beobachten war sowie ein Verlauf, bei dem viele Veränderungen in der *Emotionsmentalisierung* (*erfolgreiche Therapie* 1) auftraten.

Es zeigte sich, dass der Therapeut in der *erfolgreichen Therapie 1* sich zu Beginn in Bezug auf die *implizite Mentalisierung* dem Patienten in hohem Ausmaß anglich. Patient und Therapeut äußerten in nahezu *gleichem Umfang die gleichen Emotionen*, wobei der Therapeut etwas mehr auf die *unangenehmen, negativen Emotionen* des Patienten einging. Dieser Vorgang, der vor allem zu den ersten beiden Messzeitpunkten auftrat, wurde als emotionales Einschwingen interpretiert. Ähnliche Beschreibungen fanden sich auch in anderen Studien, in denen sich Therapeuten gerade zu Beginn der Therapie in ihrem Gesprächsstil dem Patienten anglichen, was dem Beziehungsaufbau diene (Tracey, Sherry & Albright, 1999; Tasca & Mullen, 1992; Del Re, Fückiger, Horvath, Symonds & Wampold 2011). Der Abgleich mit dem Rohtext zeigte, dass der Therapeut in der *erfolgreichen Therapie* die emotionalen Aussagen des Patienten häufig im Wortlaut wiederholte und somit *weitere emotionale Ausführungen* beim Patienten anstieß. Auch in anderen Studien wie bei Ablon, Levy und Katzenstein (2006) oder Hilsenroth et al. (2003) korrelierten ein „Mitgehen“ sowie eine Betonung der Emotionen des Patienten seitens des Therapeuten mit dem Behandlungserfolg. An einigen Stellen ließ sich beobachten, wie der Therapeut nach vorangegangenen Wiederholungen des emotionalen Erlebens die vom Patienten *verbalisierte Emotion* aufgriff und in einer etwas *expliziter mentalisierten* Form ausdrückte. So wurden beispielsweise die spontan geäußerten *feindseligen Gefühle gegenüber anderen* (Patient 1: „*Ich finde sie hässlich, ich kriege alles von denen ab, ich will das nicht*“) vom Therapeuten in dem Ausdruck eine „*Zumutung sein*“ immer wieder aufgegriffen (und das Erleben auf die therapeutische Situation bezogen). Die körperlich geschilderten Vorgänge des Patienten, die *somatische* und *motorische Trauer* ausdrückten (Patient: „*Phasen, in denen ich gelähmt bin, nur auf dem Sofa sitze*“), wurden vom Therapeuten als „*schlechte Phasen*“, in denen es „*sich arg anfühlt*“, zusammengefasst und somit psychischer verbalisiert. Die *explizit mentalisierten* Ausdrücke des Therapeuten wurden in der Folge vom Patienten häufig übernommen und im Verlauf der Therapie immer wieder von ihm selbst verbalisiert. Dieser Vorgang entspricht dem Vorschlag Lecours' (2007), innere Repräsentanzen des Patienten bestehend aus wenig

oder nicht symbolischem Material mit komplexeren Ausdrücken oder Bildern anzureichern und so zu stabilisieren. Es finden sich auch Ähnlichkeiten zu Bions (1963) Ideen zum *Containment* sowie zum Modell von Gergely und Watson (1996), die bei Mutter-Kind-Interaktionen davon ausgehen, dass eine Markiertheit des Affektausdrucks es dem Kind ermöglicht, den Ausdruck auf sich selbst und sein eigenes Erleben zu beziehen, um so über seine Affekte in einer „Als-ob“-Qualität nachdenken zu können. Es ist gut denkbar, dass die Umschreibung des Erlebens des Patienten in anderen, bildlichen oder verbalen Ausdrücken seitens des Therapeuten als „Markierung“ gesehen werden kann. Auch Allen, Fonagy und Bateman (2008) beschreiben die Identifikation (und Kommunikation) der Emotion als erste Stufe der mentalisierten Affektivität.

Zur Therapiemitte hin unterschied sich die *implizite Mentalisierung* von *Therapeut 1* und *Patient 1* stärker voneinander. Der Patient äußerte hier sehr viele *negative, wenig mentalisierte Emotionen* und befand sich im Zustand einer emotionalen Krise. Der *Therapeut* blieb zwar auch hier beim Erleben des Patienten und wiederholte die emotionalen Ausführungen des Patienten, er verbalisierte jedoch zusätzlich auch vermehrt *positive Emotionen*, wahrscheinlich, um den *unangenehmen Emotionen des Patienten* etwas entgegenzusetzen. Nach *GEVA* und *MICA* verbalisierte der Therapeut vor allem *Liebe für andere*. Zudem äußerte er Ideen darüber, was der Patient zu seiner *Selbstfürsorge* tun könnte, was als *Liebe für sich selbst* gescort wurde. Diese *positiven Emotionsverbalisationen* des Therapeuten waren häufig in Anleitungen und Ratschlägen für Verhaltensweisen außerhalb der Therapiestunden eingebettet, enthielten kognitive Umstrukturierungen und entsprachen nach Shedler (2011) eher einem kognitiv-behavioralem Vorgehen. Größere Unterschiede hinsichtlich der Komplementarität zwischen Therapeut und Patient während der mittleren Phase von Therapien wurden auch von anderen Autoren berichtet und sind mit dem Durcharbeiten von Konflikten oder einem konfrontativeren Vorgehen assoziiert (Tracey, Sherry & Albright, 1999). Gegen Ende der Therapie glichen sich Therapeut und Patient erneut in der *Zusammensetzung der Emotionen*, das heißt, der Therapeut fügte den *Emotionen* des Patienten zu diesem Zeitpunkt nichts mehr hinzu, sondern blieb bei dem emotionalen Erleben des Patienten und fasste wichtige Emotionen sowie Verbindungen zwischen den Emotionen zusammen. Eine größere Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut nach der eben beschriebenen mittleren „low“-Phase der Therapie wurde ebenfalls häufig berichtet und dient vermutlich der Verstärkung der „neuen“, gesünderen Erlebensweisen des Patienten (Tasca & McMullen, 1992).

In der **weniger erfolgreichen Therapie 3** unterschieden sich die Patientin und die Therapeutin zu den ersten beiden Messzeitpunkten stark in ihrer *impliziten Mentalisierung*, das heißt, die Therapeutin verbalisierte andere, vor allem *positivere und angenehmere Emotionen* als die Patientin. Im Abgleich mit dem Rohtext zeigte sich, dass die Therapeutin nicht auf das *negative, von feindseligen Emotionen*

geprägte Erleben der Patientin einging, sondern als Antwort häufig alternative Sichtweisen verbalisierte, die von *anderen, meist positiven Emotionen* geprägt war. Es ließen sich dabei im Text häufig Sequenzen beobachten, die im Folgenden als *emotionaler Mismatch* bezeichnet werden. An diesen Stellen verneinte die Therapeutin *die negativen Emotionen* der Patientin, sie stellte den *negativen Emotionen direkt positive Emotionen* entgegen oder sie reagierte auf *sehr emotionale Aussagen der Patientin* mit *unemotionalen*, kognitiven Rückfragen (z.B.: „Wann war das?“). Letztes geschah vor allem dann, wenn die Patientin gehäuft besonders *negative, wenig mentalisierte schmerzhaft*e Emotionen äußerte. Es ließ sich am Text beobachten, dass die emotionalen Schilderungen der Patientin nach mehreren *emotionalen Mismatches* mit der Therapeutin abrissen und beide im Anschluss begannen, über neutrale Themen zu sprechen, die *kaum Emotionsverbalisierungen* nach GEVA und MICA enthielten. Diese Beobachtung stimmt mit den Ergebnissen von Anderson, Bein, Pinell und Strupp (1991) überein, die herausfanden, dass Therapien weniger erfolgreich waren, wenn Therapeuten kognitiv intervenierten, während Patienten viele Emotionen beschrieben. Im Verlauf der Therapie näherte sich die *Therapeutin 3* in ihrer *Emotionszusammensetzung* an die Patientin an und beide glichen sich zum dritten und zum vierten Messzeitpunkt in ihrer *impliziten* und *expliziten Emotionsmentalisierung*. Da die Therapeutin die *feindseligen Emotionen* jedoch sowohl in *hoher Quantität* als auch in ebenfalls *wenig mentalisierter Form* ausdrückte, zeigte sich im Abgleich mit dem Rohtext, dass insoweit keine Affektmarkierung bzw. keine tiefere Bearbeitung der *negativen Emotionen* stattfand. Vielmehr entstand der Eindruck, dass es zu einer Art „Affektansteckung“ (Krause, 2006, S. 40) gekommen war, so wie sie teilweise auch aus der Beobachtung von Mutter-Kind-Dyaden bekannt sind. Eine Affektansteckung von Mutter und Kind zeichnet sich dadurch aus, dass die kindlichen Affekte von der Mutter nicht ausreichend verschieden und häufig in einem zu hohen (dem Kind ähnlichen) Erregungsniveau ausgedrückt werden (Krause, 2006). Eine Entkopplung und Markierung, wie sie Gergely und Watson (1996) beschreiben, ist jedoch nötig, um Affekte zu verankern und sich von ihnen zu distanzieren. Diese Beobachtung trifft nicht nur auf Mutter-Kind-Interaktionen zu: Auch Benecke (2014) beschreibt, dass ein zu hohes Maß an Reziprozität im spontanen Emotionsausdruck für therapeutische Prozesse schädlich ist. Krause und Merten (2007) liefern ebenfalls empirische Belege, dass sich gesunde Erwachsene oft an den „mikroaffektiven Stil“ (S. 253) von psychisch kranken Personen unbewusst anpassen und so zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Die korrigierende emotionale Erfahrung läge nach Krause und Merten (2007) jedoch gerade darin, „diesem unbewussten affektiven Anpassungsprozess entgegenzusteuern und ... auf einer Mikroverhaltensebene eine Art unbewusstes instrumentelles Lernen in Gang zu setzen“ (S. 253). Voraussetzung dafür ist nach den Autoren eine umfassende therapeutische Ausbildung sowie ein gewisser Grad an Abstinenz (Krause & Merten, 2007). Die Auswertung des Rohtextes in Kombination mit den GEVA- und MICA-Werten legt nahe, dass dieses eher abstinente Vorgehen in *Therapie 3* nicht gelungen ist.

Als Hypothesen in Bezug auf das *Wie* der Veränderung werden also folgende Thesen basierend auf den beiden Einzelfallauswertungen formuliert:

Hypothese 1 Zu Beginn der Therapie erscheint es hilfreich, wenn der Therapeut sich auf die affektive Welt des Patienten einlässt und sich der *expliziten Mentalisierung* des Patienten angleicht. Dies kann mit der *GEVA* und der *MICA* recht detailliert erfasst werden, wenn zusätzlich zu den *GEVA*- und *MICA*-Werten für die einzelnen Emotionen die *Valenz der Emotionen* kontrolliert wird. Damit soll ausgeschlossen werden, dass (so wie in der *weniger erfolgreichen Therapie 3* mehrfach der Fall) der Therapeut die *Emotionen* des Patienten in verneinter Form ausdrückt.

Hypothese 2 Sollte es im Verlauf der Therapie zu einer Krise oder einem regressiven Einbruch kommen, erscheint es hilfreich, wenn den *negativen Emotionsverbalisierungen* des Patienten neben dem Mitgehen mit diesen Emotionen auch *alternative, positive Emotionsverbalisierungen* gegenüber gestellt werden. Dieses Vorgehen entspricht der von Geiger und Bischkopf (2007) beschriebenen korrigierenden emotionalen Erfahrung auf interpersoneller Ebene, bei der der Patient auf eine altbekannte Situation vom Therapeuten eine von seinem Erleben bzw. seiner Erfahrung abweichende emotionale Antwort erhält.

Hypothese 3 In Bezug auf die vielfach beschriebene Affektspiegelung oder -markierung nach Gergely und Watson (1996) oder auch in Bezug auf die Überlegungen Bions (1963), nach denen rohe(re) Affekte innerlich modifiziert und dann strukturiert zurückspiegelt werden sollten, zeigte sich beim Arbeiten mit dem Rohtext Folgendes: Etwas *mentalisierte, emotionale Verbalisierungen* seitens des Therapeuten wurden vom Patienten angenommen und teilweise über den Verlauf der Therapie hinweg übernommen, was stimmig wirkte und daher empfohlen wird. Jedoch fanden derartige Vorgänge eher selten statt und sie zeigten sich daher auch nicht unbedingt im Wert des *Weighted Scores* (zur generellen Problematik des *Weighted Scores* siehe Punkt 5.4.7).

Des Weiteren ließen sich aus dem Vergleich von Rohtext und *GEVA*- und *MICA*-Werten folgende Erkenntnisse und Empfehlungen für die Auswertung von Therapeut-Patient-Interaktionen ableiten: Bei der Auswertung sollte auf *emotionale Einheiten* fokussiert werden, die besonders *schmerzhafte Gefühle* wie *Scham, Hilflosigkeit, feindselige Gefühle gegen sich selbst oder Trauer* beinhalten. Auch wenn derartige Emotionsausdrücke nicht häufig vorkommen, erschienen sie klinisch bedeutsamer als teilweise große Quantitäten anderer, angenehmer Emotionen. Emotionale Einheiten mit diesen sehr schmerzhaften Emotionen können genauso wie *emotionale Einheiten*, die *sehr wenig mentalisiert* sind,

auf bedeutsame Stellen im Therapiegeschehen aufmerksam machen, die eine Einschätzung des Prozesses bereichern könnten und ohne *GEVA- und MICA-Ratings* teilweise übersehen werden könnten.

Zusammenfassende Überlegungen und Fazit. Die *GEVA* und die *MICA* wurden nicht dafür entwickelt, um interpersonale Dynamiken zu erfassen. Während die *häufigkeitsbasierten Emotionszusammensetzungen* der *impliziten Mentalisierung* zur Überprüfung des emotionalen Gleichklangs zwischen Patient und Therapeut verwendet werden können, ist der Nutzen der *expliziten Mentalisierungswerte* eingeschränkt: Zwar kann bei sehr *niedrigen expliziten Mentalisierungswerten für negative Emotionen* des Therapeuten über mehrere Messzeitpunkte hinweg, so wie es in der *wenig erfolgreichen Therapie* der Fall war, davon ausgegangen werden, dass wirksames therapeutisches Arbeiten nicht stattfindet; bei eher *mittleren*, teils schwankenden *expliziten Mentalisierungswerten* ist jedoch keine valide Einschätzung des therapeutischen Geschehens möglich. Außerdem entfalten die *GEVA- und MICA-Werte* nur im Abgleich mit Textpassagen eine hohe Aussagekraft: Durch die Fokussierung auf *emotionale Häufungen* bei den Patienten und die darauffolgende Reaktion des Therapeuten bzw. der Therapeutin zeigte sich, dass Therapeut 1 auf sehr einfühlsame Art und Weise mit dem Patienten interagierte und sich viele seiner Interventionen und die Art seines Gesprächsstils mit theoretischen Empfehlungen in Bezug auf die Identifikation und die Modulation der Emotionen deckten (Allen et al., 2008; Geiger & Bischkopf, 2007). Durch die feinkörnige Betrachtung *einzelner affektiver Einheiten* nach *GEVA* und *MICA* konnte das Verständnis für emotionale Dynamiken in der therapeutischen Zusammenarbeit erweitert werden und es konnten Empfehlungen für Kliniker formuliert werden.

5.4 Evaluation der GEVA

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die Erfahrungen mit dem Arbeiten mit der *GEVA* (und der *MICA*). Zunächst werden *GEVA* und *MICA* mit anderen Emotionsmessverfahren verglichen. Anschließend wird eingeschätzt, was *GEVA* und *MICA* genau erfassen (und was nicht). Im Anschluss werden einzelne Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge für das *GEVA-Manual* vorgestellt.

5.4.1 *GEVA und MICA im Vergleich mit anderen Emotionsmessverfahren*

Nach Lecours (2007) besteht die Besonderheit der *GEVA* und der *MICA* darin, dass sie als bislang einzige Instrumente verschiedene Affekte direkt in den verbalen Ausführungen der Patienten hinsichtlich ihrer Mentalisiertheit einstufen können. Es gibt jedoch einige andere Messverfahren, die für ihre Auswertung ähnlich wie die *GEVA* und *MICA* auf (Emotions)wörter zurückgreifen. Einige dieser Verfahren sollen hier kurz vorgestellt werden, um die von Lecours postulierte Einzigartigkeit von *GEVA* und *MICA* beurteilen zu können.

In der *Levels of Emotional Awareness Skala (LEAS)* werden emotionsauslösende interpersonale Situationen geschildert, wie zum Beispiel eine Situation, in dem ein befreundeter Kollege einen Preis gewinnt, den man auch selbst gerne gehabt hätte (Subic-Wrana, Thomas, Huber & Köhle, 2001). Im Anschluss sollen Personen im Freitext beantworten, wie sie sich in dieser Situation gefühlt haben. Anschließend wird anhand spezieller Kriterien der Zugang zu den eigenen Emotionen eingeschätzt. Die fünf Stufen emotionaler Achtsamkeit nach der *LEAS* weisen teilweise Ähnlichkeiten zur *GEVA* auf und sind wie folgt definiert: körperliche Empfindungen, Handlungstendenzen, Einzelemotionen, unterschiedliche Emotionen sowie ein Bündel an unterschiedlichen Emotionen. Die Antworten werden jedoch schriftlich fixiert und dann ausgewertet. Es besteht also vor allem in der Art des auszuwertenden Materials ein großer Unterschied zu *GEVA* und *MICA*.

Des Weiteren gibt es mittlerweile verschiedene emotionale Wörterbücher, die großteils computerbasiert große Textmengen automatisch nach zuvor definierten Emotionswörtern auswerten und Häufigkeitsverteilungen ausgeben. Dazu zählen beispielsweise das „Affektive Diktionär Ulm“ von Hölzer et al. (1992) oder die Berlin Affective Word List (BAWL) von Briesemeister et al. (2006). Letztere definiert nicht nur Emotionswörter, sondern vergibt den Wörter zugleich Werte für das „Arousal“ und für ihre „Valenz“ aus: So erhalten zum Beispiel Wörter wie „Nazi“ eine negative Valenz und ein hohes Arousal, während „Liebe“ eine positive Valenz und ein hohes Arousal zugeordnet wird, wodurch der Sprachstil in verschiedenen Dimensionen eingeschätzt werden kann (Lehmann, Mittelbach & Schmeier, 2017). Im Vergleich zu *GEVA* und *MICA* sind derartige Ratings dennoch sehr viel oberflächlicher, da viele *affektive Einheiten* oder die klinisch interessanten *wenig mentalisierten, ausagierten Handlungen* oder *Somatisierungen* nicht erfasst werden.

Ein weiteres der *GEVA* ähnliches Verfahren ist die Messung der referentiellen Aktivität nach Wilma Bucci. Bucci (1997) versteht unter der referentiellen Aktivität einen Vorgang, der die innere Verbindung von symbolischer Information (bestehend aus Wörtern) und vorsymbolischer Information (Bilder) mit vorsymbolischen Erfahrungen (Körpergefühle) beschreibt. Eine hohe referentielle Aktivität entsteht nach Bucci (1997), wenn die körperlichen und sensorischen Eindrücke, die das vorsymbolische System aufnimmt, in abstrakte, verbale Wörter übersetzt werden können. Hierbei spielt das symbolisch-nonverbale Bildersystem eine Schlüsselrolle, da es zwischen den beiden anderen Systemen angesiedelt ist und Verbindungen generieren kann: Gesundes psychisches Funktionieren zeigt sich daher in einer lebendigen, bildreichen Sprache (Bucci & Kabasakalian-McKay, 2004). Obwohl die theoretischen Überlegungen von Bucci (1997) große Überlappungen mit den zugrundeliegenden Ideen der *GEVA* aufweisen, misst das „Weighted Dictionary for Referential Activity“ von Bucci und Maskit (2004), das

auch auf jede Art Text angewendet werden kann, in weiten Teilen etwas anderes als die *GEVA* und die *MICA*. Zum einen attestieren Bucci und Maskit (2004) Textpassagen eine *hohe referentielle Aktivität*, die nach *GEVA* und *MICA* keinerlei Emotion enthalten (sie nehmen dabei als Musterbeispiel eine Textpassage von Hemingway, in der eine Landschaft beschrieben wird: „...*In the bed of the river there were pebbles and boulders, dry and white in the sun, and the water was clear and swiftly moving and blue in the channels.*“, S. 1). Andere Passagen, die wiederum nach *GEVA* und *MICA* voller Emotionswörter sind und einen hohen Mentalisierungswert aufweisen, wie der Bericht einer depressiven Patienten „*I love people and I like to be with people...*“ (Bucci & Maskit, 2004, S. 2), haben eine *niedrige referentielle Aktivität*. Die referentielle Aktivität bezieht sich also mehr auf einen Sprachstil als auf Affekttoleranz. Dennoch könnten die Regeln zur Erfassung der referentiellen Aktivität vermutlich auch auf affektive Schilderungen begrenzt werden. Als Hypothese ließe sich jedoch auch dann festhalten, dass die *referentielle Aktivität* vermutlich eine *bildreiche Sprache* in Bezug auf die *psychische Gesundheit* überbewertet (so würden sehr *wenig tolerable, innere Bilder* nach *GEVA* und *MICA* vermutlich eine *hohe referentielle Aktivität* aufweisen), wohingegen *GEVA* und *MICA* dazu tendieren, eine *bildreiche* und vielleicht *spontane Sprache* in Bezug auf die *psychische Gesundheit* zu unterschätzen.

Im Vergleich mit anderen Verfahren wird festgehalten, dass die *GEVA* und *MICA* sehr feinkörnige Verfahren sind, die nahezu alle verbalisierten emotionalen Äußerungen (auch solche, die nicht auf den ersten Blick als Emotion sofort erkennbar sind) durch die Anwendung eines ausführlichen Regelwerks erfassen und in Bezug auf ihr Containment und ihre Art des Ausdrucks (Kanal) einstufen. Die große und äußerst differenzierte Informationsmenge in Bezug auf den Emotionsausdruck, die dadurch generiert wird, ist im Vergleich mit anderen, vorab vorgestellten Emotionsmessverfahren einzigartig. Dennoch stellt gerade diese große Informationsmenge auch eine Herausforderung dar, die mit der Verwendung des *Weighted Scores* bislang nur unzureichend gelöst wird.

5.4.2 Was erfassen *GEVA* und *MICA* – und was nicht?

Die *GEVA* wurde zunächst für Patienten mit *Somatisierungsstörungen* entwickelt. Gerade bei der Betrachtung von Therapieprozessen hätten *GEVA* und *MICA* vermutlich auch bei diesen Störungen und bei psychischen Erkrankungen bestehend aus *wenig mentalisierten Emotionen* die größte Aussagekraft. Die *GEVA* und die *MICA* können affektive Probleme auch dann treffsicher erfassen, wenn das Hauptproblem im Vorhandensein *sehr toxischer negativer Emotionen* liegt oder wenn bestimmte einzelne *negative Emotionen* oder *Emotionscluster* tatsächlich *sehr wenig mentalisiert* und/oder *übermäßig häufig* sind. Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden.

In der *qualitativen Auswertung* zeigte sich bei *Patientin 3*, dass ihr Hauptproblem in den *vorherrschenden feindseligen Emotionen gegen andere* lag, die zugleich *wenig explizit mentalisiert* und damit wenig bewusst waren. Die *GEVA* und die *MICA* konnten dieses Problem gut abbilden, und ein deutlich verbesserter Wert in der *impliziten* und/oder *expliziten Mentalisierung* dieser *feindseligen Emotionen* hätte vermutlich auch direkt eine Verbesserung des psychischen Hauptproblems der Patientin bedeutet.

Bei Patient 1 war die Lage jedoch komplexer. *GEVA* und *MICA* erfassten hier ebenfalls einige wichtige Aspekte seines Problems. So wurde deutlich, dass seine *Trauer qualitativ* wenig mentalisiert war, was sich im Verlauf besserte. Einzelne, *wenig mentalisierte*, emotional besonders *negative Einheiten*, wie der *toxische* und *unkontrollierbare Ärger gegen sich selbst*, der in Suizidabsichten gipfelte, wurden ebenfalls gut durch das Rating erfasst. Das Hauptproblem des Patienten 1 bestand jedoch – basierend auf der klinischen Einschätzung der Stundentranskripte – vor allem in einer internalisierten Homophobie mit einhergehender narzisstischer Abwehr. Mit dieser Homophobie standen anders als bei Patientin 3 gleich **mehrere Affekte** wie *Ekel*, *Ärger gegen sich selbst* und *Sex* im Zentrum seines innerpsychischen Problems, die auf schädliche Art und Weise miteinander verbunden waren. Die einzelnen Emotionen wurden zwar von *GEVA* und *MICA* erfasst, deren neurotische Verknüpfung untereinander wurde jedoch erst im Abgleich mit dem Stundenmaterial sichtbar. Folglich wären *GEVA* und *MICA* auch nicht in der Lage, die Auflösung eines Konfliktthemas zu erfassen: Je nachdem, zu welcher Art von Abwehr eine Person neigt, ist es denkbar, dass sich die *Mentalisiertheit von Emotionen* durch das Erkennen und die Auflösung des Konfliktes gar nicht ändert. Wenn wie bei Patient 1 (hier zugespitzt ausgedrückt) aus „Ich ekele mich vor anderen schwulen Männern“ ein „Ich ekele mich vor mir selbst“ würde, würde die Emotion *Ekel vor anderen* zwar durch *Ekel vor sich selbst* ersetzt; die *explizite Mentalisiertheit* der Emotionen wäre jedoch in beiden Fällen sehr gut.

Bei der Anwendung der *GEVA* und *MICA* in der dyadischen Therapiesituation wurde der Versuch unternommen, *Emotionsverbalisationen* des Therapeuten in theoretische Modelle wie zum Beispiel die Affektspiegelung oder das *Containment* einzubetten. Gergely und Watson (1996) sehen die Verbindung von Worten mit zunächst eher mimischen, viszerale oder motorischen Affektanzeichen zwar als elementar an für eine gelungene Affektentwicklung, jedoch greift eine reine Betrachtung *verbaler Ausdrücke* letztlich zu kurz. Affektmarkierung, *Containment* oder Affektspiegelung finden immer auf mehreren Ebenen statt. Sie haben nicht nur mit den tatsächlichen Worten, sondern immer auch mit der Stimmmodulation, dem Timing und anderen nonverbalen Parametern zu tun. Überträgt man die Überlegungen auf die Therapiesituation, so ist es durchaus denkbar, dass eine Art Markierung auch dann stattfinden könnte, wenn der Therapeut emotionale Aussagen des Patienten im Wortlaut, jedoch

mit einer anderen Betonung wiederholt oder an anderen Stellen aufgreift. Diese Vorgänge können durch die *GEVA* und die *MICA* nicht erfasst werden.

In den Auswertungen wurde außerdem sichtbar, dass eine Verbesserung der Symptomatik häufig darin bestand, dass sehr *negative toxische Emotionen* gar nicht mehr verbalisiert (und daraus folgend hoffentlich auch nicht mehr erlebt) wurden. Diese Beobachtung ist schlüssig, denn es geht langfristig zum Beispiel beim Selbsthass nicht darum, diesen so angeeignet wie nur möglich zu erleben, sondern idealerweise darum, dass dieses Gefühl gar nicht mehr im Erleben vorkommen (zum Beispiel durch die Aufarbeitung von Konflikten). Werden Emotionen nicht mehr verbalisiert, kann aber auch „the core of mentalization“, also die *explizite Mentalisierung*, nicht mehr erfasst werden. Basierend auf der Auswertung dieser Studie ist jedoch fraglich, ob die *explizite Mentalisierung* tatsächlich „the core“ affektiv-relevanter Prozesse ist. Gerade die Häufigkeitswerte bestimmter Emotionen waren in der vorliegenden Studie sehr aussagekräftig und konnten das Verständnis über das Leiden der Patienten oft mehr bereichern als die Emotionswerte der *expliziten Mentalisierung*. Wie oft die Patienten verschiedene negative Emotionen ansprachen stand auch in einem starken Zusammenhang mit ihrer psychischen Belastung (in der *SCL-90-R*, siehe Punkt 5.2). Es wird daher empfohlen, die *implizite Mentalisierung*, sprich die *prozentualen Häufigkeiten von Emotionen*, nicht mehr als Wert „zweiter Klasse“ zu betrachten, sondern als gleichwertig zur *expliziten Mentalisierung* anzusehen.

5.4.3 Probleme bei der Segmentation und dem Rating von Texten: Zeitaufwand

Das Arbeiten mit der *GEVA* und *MICA* ist ein sehr aufwendiges Verfahren, weshalb die Anwendung der Instrumente unter Ressourcenaspekten gut überlegt werden muss. Auch für erfahrene *Rater* beträgt der Zeitaufwand, um eine transkribierte Seite zu lesen und anschließend die affektiven Einheiten zu segmentieren, mehrere Minuten. Je nach Anzahl der *affektiven Einheiten* kann dann beispielsweise die Auswertung eines *AAIs*, bei in der vorliegenden Studie zwischen 121 und 359 Einheiten pro Transkript segmentiert wurden, zwischen 8 und 25 Stunden dauern. Lecours, Bouchard und St. Amand (2000) schlugen daher schon vor einiger Zeit vor, die Auswertung auf *klinisch relevante Emotionen* zu beschränken oder je nach Forschungsinteresse *einzelne Emotionen* zu erforschen. Dies ist aber – bei streng genomener Anwendung der *GEVA* – gar nicht möglich, da die endgültige Bestimmung der *Emotion* nach der *MICA* den allerletzten Schritt im Ratingprozess darstellt (Lecours, 2013, S. 18). Hier könnte jedoch eventuell nachgebessert werden, da die *Emotion* schon vor der *GEVA*-Einschätzung des *Kanals* und des *Levels* bereits erkennbar ist oder zumindest eingegrenzt werden kann. Eine andere Möglichkeit wäre es – so wie auch in der qualitativen Auswertung dieser Arbeit dargestellt –, sich bei der Auswertung auf *emotionale Häufungen* zu beschränken, womit der Zeitaufwand zumindest teilweise begrenzt werden könnte. Ein ähnliches Vorgehen wählen Bucci und Kabasakalian-McKay

(2004): Sie unterteilen Texte für die Auswertung in Themen- oder Ideenblöcke. Es könnte sich als äußerst fruchtbar erweisen, die Auswertung nach *GEVA* und *MICA* ebenfalls auf Abschnitte dieser Art zu beschränken und durch die gewonnene Zeitersparnis beispielsweise zusätzliche Stunden in Hinblick auf vorab ausgewählte Themen oder emotionale Bereiche zu untersuchen. Damit wäre auch gesichert, dass relevante Emotionen in ausreichendem Umfang vorkommen, um sie nach *GEVA* und *MICA* einzuschätzen. Noch mehr Zeitersparnis wäre möglich, wenn schlicht einzelne Textstellen aus den Transkripten entnommen würden. Ein solches Vorgehen wäre aber nur dann sinnhaft, wenn die Affektmentalisierung zumindest im Rahmen einer Therapiestunde weitgehend konstant wäre. Eine Pilotstudie von Splinter, Hamburger, Mertens, Lecours, Haupt und Lehmann (in prep.) extrahierte aus Therapietranskripten zufällig jeweils drei zusammenhängende Seiten und fand für die meisten *Emotionen* überraschend hohe Übereinstimmungen zwischen den *expliziten Mentalisierungswerten* aus den Textsegmenten und dem Gesamttext. Allerdings galt dieser Befund nicht für die klinisch besonders bedeutsame Emotion *Trauer* (Splinter et al., in prep.). Ein ähnliches Vorgehen wählten Falkenström, Solbakken, Möller, Lech, Sandell und Holmqvist (2014), die eine gekürzte Form des *AAIs* entwickelten. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob gekürzte Versionen sich unter psychometrischen Gesichtspunkten bewähren.

5.4.4 Probleme beim Scoring 1: Bewertung oder Handlung?

Ein häufig wiederkehrendes Problem beim Scoring der *emotionalen Einheiten* betraf die Entscheidung, wem ein Affekt „gehört“. Diese Entscheidung hatte weitreichende Folgen, denn sie bestimmte in der Folge den *Kanal* und das *Level* der *GEVA* sowie den *Affekt* nach der *MICA*. Gerade bei den häufig vorkommenden, eher spontan getätigten Aussagen, die sowohl affektive Handlungen von Personen beschrieben als auch eine Bewertung der Person implizierten, war eine Entscheidung häufig schwierig. Das *GEVA-Manual* enthält dazu folgende Angaben: „The rule is to score what we see.“ (Lecours, 2013, S. 23). In Abschnitt 3.3.3 wurde dieses Problem bereits bei der Aussage „Manchmal ist er nett.“ behandelt. Im beschriebenen Scoring Prozess wurde das „nett sein“ dem Manual folgend als *motorische Liebe für andere* des Partners geratet. Wie aber wäre es bei einem schwärmerischen: „Er ist so nett!“? *Bewunderung für den anderen* oder *Liebe des anderen*? „Er motzt immer rum“ – *Ärger* der Sprechenden oder der beschriebenen Person? Oder wie zum Beispiel die – nach klinischer Einschätzung abwertende – Aussage der Therapeutin von Patientin 3 in der qualitativen Auswertung: „Wenn Sie immer wieder `nen Aufstand machen, ... also wenn Sie ... so viel bocken...“ – wird hier eine Emotion der Therapeutin ausgedrückt, die die Patientin abwertet, weil sie sie als „einen Aufstand machend“ und „bockend“ beschreibt (die Patientin hatte diese Wörter zuvor nicht verwendet)? Oder beschreibt die Therapeutin eine Emotion der Patientin, die aus Sicht der Therapeutin bockt (weil sie *motorisch* ihren *Ärger* ausdrückt)? Streng genommen gibt das *GEVA-Manual* den motorischen Handlungen immer den Vortritt,

denn man „sieht“ sie. So ist „bocken“ nur unter körperlich-motorischem Einsatz vorstellbar und definitiv sichtbar. Diese Wertung steht jedoch häufig in einem starken Gegensatz zur klinischen Einschätzung. Hier wäre eine Anpassung des Manuals hilfreich, die der klinischen Einschätzung einen größeren Raum einräumt.

5.4.5 Probleme beim Scoring 2: Bilder und Metaphern versus verbaler Kanal

Im Ratingprozess der GEVA wird der *imaginative Kanal* im Vergleich zum *verbalen Kanal* als weniger elaboriert eingestuft. Anders ausgedrückt: Die direkte Benennung von Gefühlen spricht nach der GEVA für eine bessere Mentalisierung als eine Beschreibung von Emotionen durch innere Bilder. Komplexe und zunächst oft unverständliche, innere Bilder, die oft aus Träumen generiert sind, werden jedoch in der psychoanalytischen Theorie jeher als äußerst bedeutsam eingestuft und können wichtige Informationen über das Geschehen in der Therapie liefern (Hamburger, 2017). Oft sind sie „ein Geschenk des Analysanden an den Analytiker, ein Vorgang, der beiden emotional nahegeht“ (Morgenthaler, 1986, S. 13). Eine konkrete und zugleich bildreiche Sprache enthält nach Mergenthaler und Bucci (1999) die höchste referentielle Aktivität und spricht für eine gute Verbindung zwischen dem subsymbolischen und dem symbolischen System. Auch Krause und Merten (2007) schreiben über das Modul für die Semantik der Affekte: „So hat die Verwendung metaphorischen Sprechens eine besondere Bedeutung für die Integration von Denken und Affekt in der Psychotherapie“ (S. 250). Der verbale Kanal als höchste Mentalisierungsstufe wird demnach in Frage gestellt. Es sollte erwogen werden, den imaginativen Kanal dem verbalen Kanal gleichzustellen.

5.4.6 Probleme bei der Auswertung 1: Vergleich von verschiedenen expliziten Emotionsmentalierungen

Die *Weighted Scores* verschiedener Emotionen können nach Einschätzung der Verfasserin nicht direkt miteinander verglichen werden. So ist beispielsweise eine *explizit stark mentalisierte* Form von *positiven Emotionen* wie *Freude* oder *Interesse* gar nicht unbedingt wünschenswert, da ein spontaner Ausdruck von freudvollen Emotionen, der andere mitreißen kann, als elementar und gesund betrachtet wird (Krause, 2006). Es gibt auch Emotionen, die per se nach GEVA und MICA von nahezu allen Personen eher „hoch“ mentalisiert werden. Dies ist zum Beispiel bei *Verlangen* der Fall. So erhält die häufig getätigte Aussage „Ich würde gerne ...“ immer den Höchstwert, sie wird als *Verlangen Level 4, verbal* kodiert. Zusätzlich ist es schwer, sich einen verbalisierten *somatischen* Ausdruck von *Verlangen* vorzustellen – welche verbalisierte Körperempfindung passt zu diesem Gefühl? Andere Emotionen hingegen wie zum Beispiel der *Ärger gegen andere* sind per se recht „körperlich“ oder motorisch: Man kocht vor Wut, das Herz rast, die Fäuste ballen sich, man schwitzt.

Nun könnte man zunächst meinen, dass generell negative Emotionen selten in einem hohen *Mentalisierungsbereich* ausgedrückt werden. Nach *GEVA* und *MICA* ist das jedoch nicht zwingend der Fall. So erhält beispielsweise die Emotion *Ekel* ebenfalls häufig einen eher hohen Mentalisierungswert, da Aussagen wie „Ich möchte ... nicht“ als *Ekel*, *verbal Level 4* kodiert werden (Lecours, 2013, S. 63). Bei anderen negativen Emotionen hingegen müsste die Emotion selbst benannt werden, um das *vierte, verbale Level* zu erreichen. So müsste beispielsweise für die Emotion *Verachtung* direkt „Ich verachte ...“ ausgesprochen werden, was im Alltagssprachgebrauch vermutlich eher selten vorkommt.

Bei der Interpretation bestimmter *Weighted Scores* sollte also berücksichtigt werden, wie Personen in normaler Alltagssprache über die jeweilige Emotion sprechen und auch wie gängig es ist, diese Emotion direkt zu verbalisieren. Es sollte außerdem beachtet werden, wie bestimmte Aussagen nach *GEVA* und *MICA* geratet werden.

5.4.7 Probleme bei der Auswertung 2: Die Aussagekraft des *Weighted Scores*

Lecours ging in seinen neueren Studien dazu über, einen *Weighted Score* für verschiedene Emotionen zu berechnen (Lecours & Bouchard, 2011; Bouchard et al., 2008). Es werden jedoch weder im *GEVA-Manual* noch in den Ausführungen von Lecours zur *GEVA* und *MICA* konkrete Angaben dazu gemacht, in welchem Bereich ein *Weighted Score* wünschenswert wäre oder was der Wert letztlich konkret aussagt. Lecours und Bouchard (1997) betonen, dass das *GEVA Modell* kein Entwicklungsmodell darstelle, und halten sich mit Aussagen darüber, welche Verbalisierungen am „besten“ seien, eher zurück. Sie gehen jedoch davon aus, dass ein verbaler Ausdruck von Emotionen mit einigen spontanen Äußerungen wohl am gesündesten sei: „Moreover, we think healthy mental functioning usually achieves a balance between some spontaneous drive gratification (...) and more internalized means of affect expression.“ (S. 865) Geht man von den theoretischen Ursprüngen der *GEVA* aus, so wären nach Marty (1991) und Luquet (1987) ebenfalls Vernetzungen verschiedener Mentalisierungsstufen wünschenswert. Eine *verbalisierte* Form der Emotion mit zugehörigen *Bildern*, *motorischen* Impulsen und wenig ausgeprägten *somatischen* Zuständen würde also ein umfassendes Emotionserleben ermöglichen. Fasst man diese Ideen zusammen, könnte also im Idealfall beispielsweise das Gefühl der Trauer im Sinne eines Repräsentanzennetzwerks nach Lecours und Marty (1991) eventuell wie folgt aussehen:



Abbildung 60: Darstellung eines möglichen Repräsentanznetzwerks für die Emotion Trauer

Das Problem des *Weighted Scores* als Mittelwert besteht nun darin, dass eine Person, die Zugang zu allen Emotionsaspekten der *Trauer* wie in oben gezeigter Grafik hätte, und dieses Gefühl ganzheitlich wahrnehmen und auch so verbalisieren würde, „nur“ einen *Weighted Score im mittleren Bereich* hätte. Denselben *mittleren Weighted Score* hätte jedoch auch eine Person, die das Gefühl ausschließlich monoton spontan-bildlich und verbal ausdrücken würde, also ohne Zugang zu allen Aspekten der *Trauer* im Sinne der Abbildung 60 zu haben. Natürlich ist dieser Fall hypothetisch, jedoch verdeutlicht er, dass der *Weighted Score* letztlich nur in den *Extrembereichen* eine wirklich hohe Aussagekraft besitzt. So kann man davon ausgehen, dass ein sehr niedriger *Weighted Score* für eine Emotion (zwischen 0,25 und 1,75) nahelegt, dass die Person diese Emotion tatsächlich *wenig mentalisiert*, sprich, dass die Emotion für die Person *wenig kontrollierbar* ist, vor allem *körperlich* erlebt wird oder *relativ wenig bewusst*. Im hohen Extrembereich, sprich bei Werten, die sich der 4 annähern, kann man davon ausgehen, dass die Person eine Emotion klar benennt und verbalisiert, jedoch eventuell keinen Zugang zu den *körperlich-motorischen* und *somatischen* Aspekten des Gefühls hat. In diesem Fall könnte eine „Hypermentalierung“ (Bolm, 2009, S. 46) vorliegen, bei der eine Person zwar reflektiert-affektives Vokabular gebraucht, sich der beschriebene Affekt aber beim Gegenüber nicht spürbar wird. Ein *Weighted Score* im eher *mittleren Bereich* kann jedoch wie eben beschrieben sowohl ein Indikator für ein ganzheitliches emotionales Erleben sein, es kann aber auch Ausdruck für ein ständiges spontanes Äußern einer Emotion sein.

Wie also könnte die Auswertung der *expliziten Mentalisierung* von einzelnen Emotionen verbessert werden? Ein einfacher Schritt wäre es, sich neben dem *Weighted Score* eine Häufigkeitsverteilung der einzelnen acht *Kanal-* und *Levelabstufungen* ausgeben zu lassen. Damit würde ersichtlich, wie oft bestimmte *Kanäle* und *Containmentlevel* verwendet werden, also wie oft sich eine Person zum Beispiel im *somatischen Kanal* ausdrückt oder auf dem *Containmentlevel* der *Aneignung*. Auch durch diese

Werte fände jedoch ebenfalls ein Informationsverlust statt, da sich durch die *vier Kanal-* und *vier Levelwerte* 16 mögliche Kombinationen für jede *Emotion* ergeben. Denkt man die Idee von Martys Netzwerk in Bezug zur *GEVA* zu Ende, wäre es für ein ganzheitliches Erleben wünschenswert, zu vielen der 16 möglichen Kombinationen Zugang zu haben. Eine mögliche Lösung des Problems könnte die Generierung eines Scatterplots (Punktediagramms) darstellen. Überführt man oben gezeigte Abbildung 60 in ein Streudiagramm, könnte eine „idealtypische“ Verbalisation der Emotion *Trauer* im Raster der *GEVA* so aussehen:

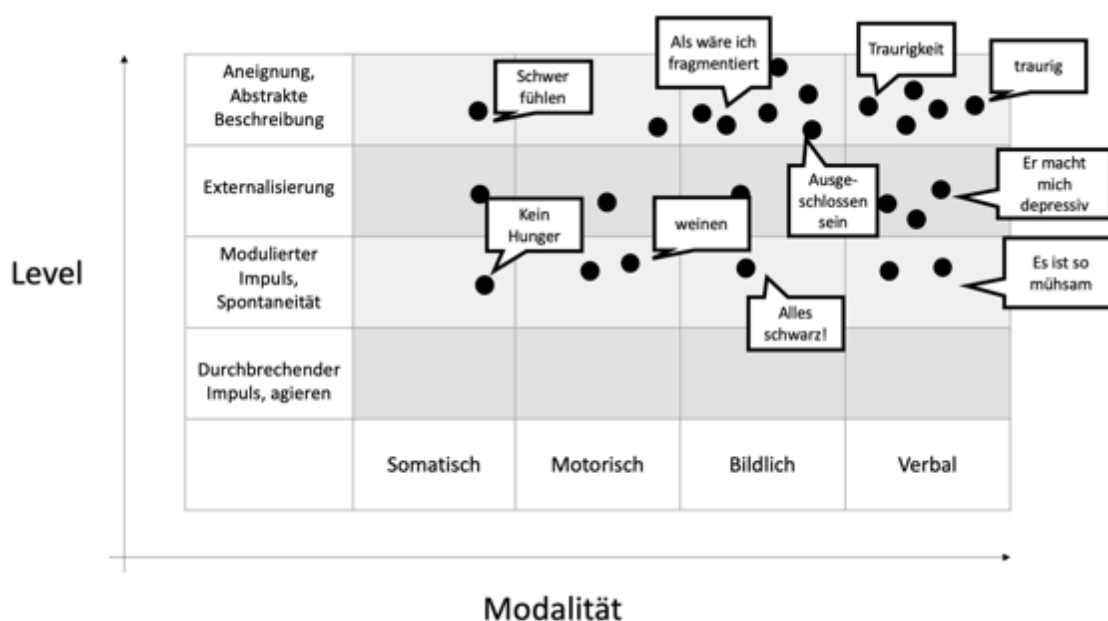


Abbildung 61: Darstellung eines „idealtypischen“ Scatterplots für die Emotion Trauer nach GEVA und MICA

Wünschenswert wären vermutlich wenige *somatische Erlebensweisen* und keine *durchbrechenden Impulse*. Die meisten Aussagen würden sich bei einer reichhaltigen Affektmentalisation im *angeeigneten verbalen und bildlichen Bereich* befinden und durch einige *motorische Beschreibungen* und *spontane Aussagen* ergänzt werden. Es wäre denkbar, für verschiedene Emotionen solche Punktediagramme zu erstellen, um Defizite bei der Affektverbalisationen schnell sichtbar zu machen. So wäre es im Sinne von Lecours' (2007) Behandlungsvorschlägen auch möglich, das Repräsentanzennetzwerk an den nötigen Stellen anzureichern, an denen wichtige Affektkomponenten (noch) nicht verbalisierbar sind. Die Punktediagramme der Patienten könnten so auch mit „idealtypischen“ Scatterplots abgeglichen werden, die man für jede Emotion basierend auf klinischen Studien und Überlegungen aus der Literatur erstellen könnte.

5.5 Kritische Zusammenfassung und resümierende Betrachtung

43 Therapiestunden und 14 AAls von fünf Patienten aus dem *Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekts* wurden mit der *GEVA* und *MICA* ausgewertet, um die Transkripte hinsichtlich ihrer impliziten und expliziten Affektmentalierung einzustufen. Durch mehrere Messzeitpunkte sowie die Verwendung von transkribierten Audiodateien basierte die Auswertung auf objektiven Daten, nämlich den gesprochenen Worten der Patienten (sowie in der *qualitativen* Auswertung auch auf den Worten des Therapeuten). Durch die umfassenden Entscheidungsregeln der *GEVA* ist die Auswertung einzelner affektiver Worte oder Ausdrücke sowohl reliabel als auch „nah“ am Geschehen und verfügt über eine hohe Feinauflösung. Das Raten der Transkripte erfolgte verblindet, das heißt, die Verfasserin wusste nicht, zu welchem Patienten das jeweilige Transkript gehörte und zu welchem Zeitpunkt es aufgenommen wurde. Auf statistische Berechnungen im Sinne einer Berechnung von signifikanten Unterschieden zwischen verschiedenen Messzeitpunkten und verschiedenen Emotionen wurde aufgrund der geringen Fallzahl weitgehend verzichtet. Eine verallgemeinerbare Aussage über den generellen Verlauf der *Affektmentalierung* in allen Psychotherapien war jedoch auch nicht Ziel der Studie. Es sollten vielmehr die Instrumente *GEVA* und *MICA* erstmals in einem größeren Umfang an deutschsprachigem, klinischen Material getestet werden, um die Methode umfassend zu evaluieren. Außerdem sollten erste Indizien über *Affektmentalierungsprozesse verschiedener Affekte* für Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen gewonnen werden und Hypothesen generiert werden, wie Therapeuten die *Affektmentalierung* anregen könnten.

Durch das naturalistische Studiendesign und die einzelfallbasierte Auswertung sind die hier gewonnenen Ergebnisse nach *GEVA* und *MICA* nicht auf andere Patienten übertragbar und sollten an zusätzlichem Stundenmaterial und weiteren Patienten überprüft werden. Es ist zudem unklar, welche affektiven Prozesse durch die langen Zeiträume zwischen den Messzeitpunkten „verpasst“ wurden und wie stabil insbesondere die *explizite Mentalisierung einzelner Affekte* wirklich ist. Lecours' und Bouchards (1997) Einschätzung darüber, dass jeder Mensch seine „emotional dark zones“ (S. 871) hat, ist sicherlich zutreffend – es ist jedoch sehr gut denkbar, dass dieses Zitat erweitert werden müsste, denn vermutlich hat jeder Mensch „emotional dark zones for specific situations and specific people“. Zu deutsch, es ist gut denkbar, dass die Mentalisierungsfähigkeit für bestimmte Affekte in Bezug auf bestimmte Personen und Situationen deutlich variiert. Eventuell kann beispielsweise Ärger gegen viele Menschen als eigene Emotion wahrgenommen und so ausgedrückt werden, doch beim eigenen Partner, den Kindern oder den Eltern versagt die Mentalisierung und es bleiben nur körperliche Affektäquivalente. Durch die zufällige Auswahl von Therapiestunden um bestimmte Messzeitpunkte herum ist also unklar, ob die Patienten in den jeweiligen transkribierten Stunden eher über emotionale

Nebenschauplätze sprachen oder ob es um die wirklich höchstpersönlichen, emotional kritischen Situationen oder Themen ging.

Zusammengefasst können folgende Hauptergebnisse festgehalten werden: Die Studie legt nahe, dass die Affektmentalierung in analytischen Langzeittherapie positiv veränderbar ist. Vier von fünf Patienten sprachen zum letzten Messzeitpunkt über *angenehmere Gefühle* als zu den vorherigen Messungen. Welche Affekte dabei welche Entwicklung durchlaufen, ist jedoch höchstindividuell. Die spezifische Entwicklung der *Affektmentalierung* hängt vermutlich von folgenden Faktoren ab: Der „Baseline“ der Affektmentalierung zu Beginn der Therapie (wie *starr* oder *flexibel* ist das emotionale Erleben, wie *viele und welche Emotionen* bestimmen das Erleben in welcher *Qualität*), den Diagnosen und der Art des emotionalen „Hauptproblems“. Letzteres kann in der *Verknüpfung* verschiedener Emotionen liegen, oder in der *Häufigkeit* von einzelnen negativen Emotionen oder in der *geringen qualitativen Mentalierung* von einzelnen Emotionen. Es wird deshalb empfohlen, den Verlauf der Affektmentalierung zumindest mit einzelnen Textpassagen und anderen psychometrischen Daten abzugleichen, um einen möglichst großen Informationsgewinn aus den *GEVA/MICA-Ergebnissen* zu erhalten. Von einer Auswertung des *Adult Attachment Interviews* mit *GEVA* und *MICA* wird abgeraten, da das *AAI* vor allem die Schilderungen von Handlungen evoziert, was mit dem zugrundeliegenden Mentalierungsmodell der *GEVA* in einem Widerspruch steht. Die aus dem *AAI* gewonnenen *Mentalisierungswerte* der *GEVA/MICA* sind daher schwer interpretierbar. Eine statistische Auswertung, die den Zusammenhang zwischen der Verbalisierung bestimmter Emotionen und der psychischen Belastung und der Schwere dieser Beeinträchtigung untersuchte, legt nahe, dass insbesondere ein häufiges Äußern von *Trauer* und *Angst* sowie von *wenig mentalisierten feindselige Gefühlen gegen sich selbst* mit der subjektiv empfundenen Belastung und Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome assoziiert ist. In einer *qualitativen Auswertung* wurden Hinweise für ein affektmentalierungsanregendes therapeutisches Verhalten gefunden. Therapeuten wird empfohlen, sich auf das *emotionale Erleben* des Patienten einzulassen und nur im Zustand nicht mehr tragbarer *emotionaler Krisen positive Affekte* zu verbalisieren, eventuell eingebettet in eher verhaltenstherapeutische Interventionen. Die *GEVA* könnte an verschiedenen Stellen verbessert werden. Es wird unter anderem vorgeschlagen, der klinischen Einschätzung bei affektiven Einheiten, die Handlungen und zugleich eine Bewertung beinhalten, mehr Raum zu geben. Die Überlegenheit verbaler Ausdrücke gegenüber bildlicher Emotionsbeschreibungen wird in Frage gestellt. Außerdem sollten Alternativen zum *Weighted Score* gefunden werden, da er nur in Extrembereichen gut interpretierbar ist und die feinkörnigen Abstufungen, die eigentlich das Herzstück der *GEVA* sind, zusammenschmelzt. Streudiagramme für einzelne Emotionen könnten hier eine Alternative darstellen. Da die Auswertung nach *GEVA* und *MICA* sehr zeitintensiv ist, sollten große Textmengen nach vorab ausgewählten Kriterien

verschlankt werden (z.B. in Anlehnung an Bucci und Kabasakalian-McKay, 2004, durch eine Unterteilung in Themen- oder Ideenblöcke oder Textabschnitte mit emotionalen Häufungen).

5.6 Fazit

So individuell wie wir Menschen sind, so höchst unterschiedlich sind auch unsere „emotionalen Lebensdrehbücher“ und unser Umgang mit Affekten. Diese Studie offenbart, wie verschieden sich die Affektmentalisation in verschiedenen Psychotherapien entwickeln kann. Manche Patienten wiesen schon zu Beginn ihrer Therapie ein sehr flexibles emotionales Innenleben auf und mentalisierten viele Affekte ausreichend gut. Bei anderen Patienten schien die Emotionszusammensetzung eher starr und wenig veränderbar, wobei auch hier eventuell kleine Variationen schon zu einer persönlichen Erleichterung geführt haben könnten. Bei wieder anderen Patienten zeigte sich, dass nicht eine verbesserte Mentalisierung von Affekten ausschlaggebend für den Behandlungserfolg war, sondern dass es um problematische Verknüpfungen von Emotionen ging, die in der Therapie aufgelöst wurden.

Bei der Wirksamkeit von psychoanalytischen Langzeittherapien spielen jedoch neben dem Umgang mit Affekten immer auch viele verschiedene andere Variablen eine Rolle. Die gesamte Komplexität psychotherapeutischer Behandlungen zu erfassen, um zu erklären, wie genau wünschenswerte Veränderungen zustande kommen, kann daher niemals in einer einzigen Studie geleistet werden. So mühsam und frustrierend es bei der Erforschung von Prozessen auch sein mag, dass nie „das eine Muster“ oder „die eine Erklärung“ gefunden wird, die auf alle Patienten passt, so sind die unterschiedlichen Verläufe doch auch Ausdruck der Einzigartigkeit eines jeden therapeutischen Prozesses. Der offensichtlichen Vielschichtigkeit von Psychotherapien darf nicht dadurch begegnet werden, dass ausschließlich Prä-Post-Studien durchgeführt oder wenig spezifische Messinstrumente verwendet werden, die bei der Betrachtung von Vorher-Nachher-Ergebnissen lineare Verläufe implizieren. Auch bei den Daten dieser Studie hätte man bei alleinigen Prä-Post-Vergleichen zu dem Schluss kommen können, dass verschiedene Affekte nach einer Therapie immer besser mentalisiert werden. Dies war zwar bei manchen Emotionen der Fall, bei anderen war der Weg jedoch durchwachsen, steinig und von Einbrüchen gekennzeichnet und wies große Variationen auf. Für wieder andere Gefühle zeigte sich bei der Auswertung, dass ein spontanerer Ausdruck, einhergehend mit einer geringeren Mentalisierung, für ein flexibleres und damit authentischeres Erleben stand. Um diesen individuellen Verläufen Rechnung zu tragen, sollten naturalistische, quasi-experimentelle *mixed-method*-Designs sowie qualitative Auswertungen von Therapieverläufen vermehrt realisiert werden und die vorherrschende quantitative Forschung komplementieren. Auch wenn die detaillierten Ergebnisse aus Einzelfallauswertungen für sich genommen nicht generalisierbar sind, so können sie doch in ihrer Summe und durch den Abgleich mit Ergebnissen aus anderen Studien wichtige Erkenntnisse liefern, die

langfristig einen Beitrag dazu leisten, was Psychotherapieforschung eigentlich ausmachen sollte: Psychotherapien unter Berücksichtigung der Individualität von Patienten und Therapeuten noch wirksamer zu gestalten.

6. Literaturverzeichnis

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 64–75. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.64>
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 43, 216–231.
- Aisenstein, M. (2011). Brief aus Paris. *Internationale Psychoanalyse*, 6, 25–36.
- Aisenstein, M. & Smadja, C. (2011). Zur Begriffsbildung der Pariser Psychosomatischen Schule: Ein klinisch-psychoanalytischer Ansatz in der Onkologie. *Internationale Psychoanalyse*, 6, 49–76.
- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Altmeyer, M. (2000). *Narzissmus und Objekt: Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Anderson, T. Bein, E., Pinnell, B. & Strupp, H. (1999). Linguistic Analysis of Affective Speech in Psychotherapy: A case grammar approach. *Psychotherapy Research*, 9 (1), 88–99. <https://doi.org/10.1080/10503309912331332611>
- Barten-Hohn, J. (2019). *Strukturelle Veränderungen in Psychoanalyse aus bindungstheoretischer Sicht. Bindung, Mentalisierung und therapeutische Allianz*. Ludwig-Maximilians-Universität München. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/24850/1/Barten-Hohn_Julia.pdf
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Psychosozial-Verlag.
- Benecke, C. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. Kohlhammer.
- Benecke, C. (2016). *Psychodynamische Therapien und Verhaltenstherapie im Vergleich: Zentrale Konzepte und Wirkprinzipien* (1. Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Benecke, C. & Brauner, F. (2017). *Motivation und Emotion. Psychologische und psychoanalytische Perspektiven*. Kohlhammer.
- Beretta, V., de Roten, Y., Lecours, S., Michel, L., & Despland, J.-N. (2006). Mentalization of affects: An exploratory study on psychic elaboration and in-session expression of affects during a brief psychodynamic intervention for depression. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 14(2), 326–349.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann Medical Books.
- Bion, W. R. (1963). *Elemente der Psychoanalyse*. Suhrkamp.
- Böker, H. & Hell, D. (2002). *Therapie der affektiven Störungen: Psychosoziale und neurobiologische Perspektiven*. Schattauer.
- Boehmke, B.C. (2016). *Data Wrangling with R (Use R!)*. Springer.

- Bolm, T. (2009). *Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) für Borderline-Persönlichkeitsstörung und chronifizierte Traumafolgen*. Deutscher Ärzteverlag.
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., & Schachter, A. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 47-66.
- Bouizegarene, N. & Lecours, S. (2016). Verbal Elaboration of Distinct Affect Categories and Narcissistic Personality Disorder Features. *Psychoanalytic Psychology*, 34(3), 279–289. <https://doi.org/10.1037/pap0000066>
- Briesemeister, B., Kuchinke, L. und Jacobs, A. M. (2011). Discrete emotion norms for nouns: Berlin affective word list (DENN–BAWL). *Behavior Research Methods*, 43, 441 – 448.
- Brockmann, J. & Kirsch, H. (2012). Von der psychoanalytischen Falldarstellung zur Einzelfallforschung In Springer, A.; Janta, B. & Münch, K. (Hrsg.), *Nutzt Psychoanalyse?! (1. Aufl., S. 219-236)*. Psychosozial-Verlag.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis & cognitive science: A multiple code theory*. The Guilford Press.
- Bucci, W. (2005). Process Research. In E. Person, A. Cooper & G. Gabbard (Ed.), *Textbook of psychoanalysis* (S. 317–333). American Psychiatric Publishing.
- Bucci, W., Kabasakalian-McKay, R, Graham, E.A., & the RA Research Group. (2004). *Scoring Referential Activity Instructions for Use with Transcripts of Spoken Texts*. <https://drive.google.com/file/d/0B3goZAni6zBkYnJSSDJVZG84Ymc/view>
- Bucci, W., & Maskit, B. (2004). *Building a weighted dictionary for Referential Activity*. https://www.researchgate.net/publication/228776420_Building_a_weighted_dictionary_for_referential_activity
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler: Grundlagen und Umsetzung mit SPSS und R*. Pearson Studium.
- Coombs, M. M., Coleman, D. & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(3), 233-244.
- Damasio, A. (2003). Feelings of Emotion and the Self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001, 253-261.
- Darwin, C. R. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London: John Murray. 1st edition. <http://darwin-online.org.uk/content/frameset?itemID=F1142&viewtype=side&pageseq=1>
- Daudert, E. (2002). Die Reflective Self Functioning Scale. In Strauß, B., Buchheim, A., Kächele, H. (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 54–67). Schattauer.
- De M'Uzan, M. (2003). Die Identität und die Frage des Doppelgängers. *Z. psychoanal. Theorie und Praxis*, 18, 87-105.
- Debray, R. (1998). *Pierre Marty (Psychanalysten d'aujourd'hui* (French Edition). Presses universitaires de France.

- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*(7), 642-649.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry, 164*(6), 936-941.
- Domino, G. & Domino, M. L. (Eds.). (2006). *Psychological testing: An introduction*. Cambridge University Press.
- Dornes, M. (2000) *Die emotionale Welt des Kindes*. Fischer Verlag.
- Duden (2020). *Irre*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/irre>
- Elkin, I. (1999). A Major Dilemma in Psychotherapy Outcome Research: Disentangling Therapists From Therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 10-32. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.10>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 399-410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Fain, M. (1994). La névrose de comportement selon Pierre Marty, in *Revue française de Psychosomatique, n°6* (Pierre Marty), p.151-158.
- Fain, M. & Marty, P. (1964). Perspective psychosomatique sur la fonction des fantasmes. *Rev. fr. psychanal., 28*(4), 609-622.
- Falkenström, F., Solbakken, O. A., Möller, C., Lech, B., Sandell, R., & Holmqvist, R. (2014). Reflective functioning, affect consciousness, and mindfulness: Are these different functions? *Psychoanalytic Psychology, 31*(1), 26-40.
- Fodor, J. (1975). *The language of Thought*. Harvard University Press.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psychoanalysis, 72*(4), 639-656.
- Fonagy, P. (2010, January). *Mentalization and its link to therapeutic alliance: A case for mentalization as common factor in therapeutic change*. Presentation at the American Psychoanalytical Association Conference, New York.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Klett-Cotta.
- Fonagy, P., & Target, M. (2004). Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. In P. Fonagy & M. Target (Hrsg.), *Frühe Bindung und psychische Entwicklung: Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung* (S. 49-69). Psychosozial-Verlag.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual*. Unpublished Manuscript. (Version 5). London, UK.
- Freud, S. (1948). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Erstausgabe 1916-1971. In: Freud, S. (2014). *Gesammelte Werke Band 1-4*. Anaconda Verlag.

- Franke, G. (2002). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) - Deutsche Version – Manual*. Beltz Test.
- Frommer, J. & Streeck, U. (2003). Qualitative Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum – Ein Blick auf die Ergebnisse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 74–86.
- Geiger, J. & Bischof, J. (2007). Ärger und Depression. Zusammenhänge und Behandlungsmöglichkeiten aus der Sicht von Therapeutinnen und Therapeuten. *Zeitschrift für Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*, 4, 221–224.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(6), 1181–1212.
- Gendlin, E. (2011). *Focusing-orientierte Psychotherapie: ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. Pfeiffer Verlag.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132–162.
- Greenberg, L. S.; Ausra, L. & Herrmann, I. R. (2007): The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 17 (4), 482–493.
- Hamburger, A. (2017). Beziehungsanalytische Traumdeutung. *Journal für Psychoanalyse*, 58, 7–28.
- Hau, S. (2012). Die Kluft zwischen kontrollierter Forschung und klinischer Praxis in der Psychotherapie: Ein Blick in den Abgrund. *Psychoanalyse: Texte zur Sozialforschung*, 30(3/4), 484–493.
- Hölzer, M., Scheytt, N. & Kächele, H. (1992). Das „Affektive Diktionär Ulm“ als eine Methode der quantitativen Vokabularbestimmung. Züll, C. & Mohler, P. P. (Hrsg), *Textanalyse. Anwendungen der computerunterstützten Inhaltsanalyse* (S. 131–154). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baity, M. R., & Mooney, M. A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 349–357.
- Izard, C. (1981). *Die Emotionen des Menschen. Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie*. Beltz Verlag.
- Jäger, M. (2015) *Aktuelle psychiatrische Diagnostik: Ein Leitfaden für das tägliche Arbeiten mit ICD und DSM*. Georg Thieme Verlag.
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426–444.
<https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.3.426>
- Kächele, H., Albani, C., Buchheim, A., Grünzig, H.-J., Hölzer, M. & Hohage, R. (2006). Psychoanalytische Einzelfallforschung: Ein deutscher Musterfall Amalie X. *Psyche*, 60, 387–425.
- Kauermann, G. & Küchenhoff, H. (2011). *Stichproben: Methoden und praktische Umsetzung mit R*. Springer.
- Kirsch, H., Brockmann, J. & Taubner, S. (2016). *Praxis des Mentalisierens* (2. Auflage). Klett-Cotta.

- Kernberg, O. (1997). *Wut und Hass: über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen*. Klett-Cotta.
- Kernberg, O. (2006). Die narzisstische Persönlichkeit und ihre Beziehung zu antisozialem Verhalten und Perversionen – pathologischer Narzissmus und narzisstische Persönlichkeit. Kernberg, O. & Hartmann, H.-P. (Hrsg.), *Narzissmus: Grundlagen - Störungsbilder – Therapie* (S. 263-307). Schattauer Verlag.
- Körner, J. (2007) Zur Attraktivität der Psychoanalyse im 21. Jahrhundert. In Geus-Mertens, E. (Hrsg.), *Eine Psychoanalyse für das 21. Jahrhundert* (S. 21-33). Kohlhammer.
- Krause, R. (1998). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2. Modelle*. Kohlhammer.
- Krause, R. (2006). Emotionen, Gefühle, Affekte – Ihre Bedeutung für die seelische Regulierung. Remmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W. und Strauß, B. (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit: Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (S. 22 - 44). Schattauer.
- Krause, R. (2012). *Allgemeine psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre*. Kohlhammer.
- Krause, R. & Merten, J. (2007). Emotionen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52(4), S.249-254.
- Kriz, J. (2004). Methodologische Aspekte von Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaften*, 6, 6–31.
- Krohne, H. W. & Tausch, A. (2013). Persönlichkeit und Emotionen: Individuelle Unterschiede im emotionalen Erleben und Verhalten. Kohlhammer.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Hogrefe.
- Krystal, H. (1974). The genetic development of affects and affect regression. *The Annual of Psychoanalysis*, 2, 98–126.
- Krystal, H. (1975). Affect tolerance. *Annual of Psychoanalysis*, 3, 179-219.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affects, trauma, alexithymia*. Analytic Press.
- Lammers, C.-H. (2007). *Emotionsbezogene Psychotherapie: Grundlagen, Strategien und Techniken*. Schattauer.
- Lecours, S. (2007). Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 895–915.
- Lecours, S. (2013). *La Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (GEVA). (French for Verbal Elaboration of Affect Scale) - Scoring Manual, Version 7 (June 2013)*. Unpublished manuscript.
- Lecours, S. (2013). *Manuel d'identification des contenus affectifs (MAC)*. Unpublished manuscript.
- Lecours, S. (2015, November). *GEVA in session analysis*. Vortrag an der IPU Berlin im Rahmen des Psychoanalytic Interdisciplinary Conversation Research (Rhythm Balance Resonance).
- Lecours, S. & Bouchard, M.A. (1997). Dimensions of mentalization: outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855-875.

- Lecours, S. & Bouchard, M.A. (2011). Verbal elaboration of distinct affect categories and BPD Symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 26-41.
- Lecours, S., Bouchard, M.A., St-Amand, P., & Perry, J. C. (2000). Assessing verbal elaboration of affect in psychotherapy: A preliminary report and single case study. *Psychotherapy Research*, 10, 47-56.
- Lecours, S., Briand-Malenfant, R., & Descheneaux, E. (2013). Affect regulation and mentalization in narcissistic personality disorder. In J. S. Ogradniczuk (Ed.), *Understanding and treating pathological narcissism* (p. 129–145). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14041-008>
- Lecours, S., Robert, G., & Desruisseaux, F. (2009). Alexithymie et élaboration verbale de l'affect chez des adultes souffrant d'une pathologie respiratoire [Alexithymia and verbal elaboration of affect in adults suffering from a respiratory disorder]. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59(3), 187–195.
- Lecours, S., Sanlian, N., & Bouchard, M.-A. (2007). Assessing verbal elaboration of affect in clinical interviews: Exploring sex differences. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(3), 227–247.
- Lehmann, J. Mittelbach, M. & Schmeier, S. (2017). *Quantifizierung von Emotionswörtern in Texten*. DARIAH-DE Working Papers.
- Leichsenring, R. (2018). „Wir brauchen eine Vielfalt an evidenzbasierter Psychotherapie“. Interview im Deutschen Ärzteblatt. *PP 17, Ausgabe Oktober 2018*, Seite 449.
- Leichsenring, F. & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50(2), 203-217.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2005). Chronifizierende Depressionen: Eine Indikation für Psychoanalysen und psychoanalytische Langzeitbehandlungen [Chronification of depression. An indication for psychoanalysis and long-term psychoanalytic treatment]. *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 59(9-10), 789–815.
- Leuzinger-Bohleber, M., Deserno, H.; Hau, S. (Hrsg.) (2004). *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität*. Kohlhammer.
- Luborsky, L. (2012). *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Luquet, P. (1981). Le changement dans la mentalization. *Rev Fr Psychoanal* 45, 1023–1028.
- Luquet, P. (1987). *Langage, pensée et structure psychique*. Première Partie: De la pensée au langage. Editorial: Société Psychanalytique de Paris (1987).
- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult Attachment Scoring and Classification System*. Unpublished Manuscript. University of California at Berkeley, CA, US.
- Malatesta, C. Z. (1990). The role of emotions in the development and organization of personality. In R. A. Thompson (Ed.), *Current theory and research in motivation*, Vol. 36. Nebraska Symposium on Motivation, 1988: Socioemotional development (p. 1–56). University of Nebraska Press.
- Mahler, M. S., Pine, F. & Bergman, A. (1978). *Die psychische Geburt des Menschen*. Symbiose und Individuation. Fischer Verlag.

- Marty, P. (1966). La dépression essentielle, *Revue française de Psychanalyse*, t. XXX, no 3, 595-598.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris: Laboratoire Delagrangé.
- Marty, P. & De M'Uzan, M. (1963). La 'pensée opératoire'. *Revue française de psychanalyse* XXII, n° spécial, 345–356.
- Mertens, W. (1994). *Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Band 1. Geburt bis zum 4. Lebensjahr* (2., überarbeitete Auflage). Kohlhammer.
- Mertens, W. (2004). *Psychoanalyse: Grundlagen, Behandlungstechnik und Anwendung*. Kohlhammer.
- Mertens, W. (2018). *Psychoanalytische Schulen im Gespräch über die Konzepte Wilfred R. Bions* (Bibliothek der Psychoanalyse). Psychosozial-Verlag.
- Mentzos, S. (2001). *Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (2015). *Lehrbuch der Psychodynamik: Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mergenthaler, E., & Bucci, W. (1999). Linking verbal and non-verbal representations: Computer analysis of referential activity. *British Journal of Medical Psychology*, 72(3), 339–354.
- Minow, A. (2016). *Selbstwertkrisen, Scham und Umstrukturierung: Der Prozess von psychoanalytischen Langzeittherapien aus multiperspektivischer Sicht*. Psychosozial-Verlag.
- Morgenthaler, F. (1986). *Der Traum. Fragmente zur Theorie und Technik der Traumdeutung*. Edition Qumran im Campus-Verlag,
- Oatley, K., & Jenkins, J. M. (1996). *Understanding emotions*. Blackwell Publishing.
- Orlinsky, D. (2008) Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung: Eine Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. What Would I Like to Read in the Next 10 Years of Psychotherapy Research? A Critique and Suggested Correction of the Therapy Research Paradigm. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008; 58(9/10), 345-354.
- Pascual-Leone, A. & Greenberg, L.S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: why "the only way out is through". *J Consult Clin Psychol* 75(6), 875-887.
- Schneider, B. (2002). Raster zur Erfassung von verbalisierten Affekten (GEVA) Kodierungsmanual Version 4 (erstellt Juni 2002). Unveröffentlichtes Manuskript, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Schore, A. N. (2007). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Klett-Cotta.
- Schultz-Venrath, U. (2015). *Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten*. Klett-Cotta.
- Shedler, J. (2011). Die Wirksamkeit psychodynamischer. Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 56, 265–277.
- Sigus, V. (2007). *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Thieme Verlag KG

- Smaling, H. J., Huijbregts, S. C., van der Heijden, K. B., Hay, D. F., van Goozen, S. H., & Swaab, H. (2017). Prenatal Reflective Functioning and Development of Aggression in Infancy: the Roles of Maternal Intrusiveness and Sensitivity. *Journal of abnormal child psychology*, 45(2), 237–248. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0177-1>
- Splinter, L., Hamburger, A., Mertens, W., Lecours, S., Haupt, M. & Lehmann, C. (in prep.). *Do GEVA ratings of random selections from therapy sessions predict the GEVA score of the whole session?* Unpublished manuscript, Ludwig-Maximilians-Universität München
- Subic-Warna, C., Thomas, W., Huber, M. & Köhle, K. (2001). Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS). *Psychotherapeut*, 46, 176–181.
- Tasca, G. A., & McMullen, L. M. (1992). Interpersonal complementarity and antitheses within a stage model of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(4), 515–523.
- Tasca, G. A., Foot, M., Leite, C., Maxwell, H., Balfour, L., & Bissada, H. (2011). Interpersonal processes in psychodynamic-interpersonal and cognitive behavioral group therapy: A systematic case study of two groups. *Psychotherapy*, 48(3), 260–273.
- Taubner, S. (2015). *Konzept Mentalisieren - Eine Einführung in Forschung und Praxis*. Psychosozial-Verlag.
- Taubner, S.; Foangy, P. & Bateman, A. (2019). *Mentalsierungsbasierte Therapie*. Hogrefe.
- Tracey, T. J., Sherry, P., & Albright, J. M. (1999). The interpersonal process of cognitive– behavioral therapy: An examination of complementarity over the course of treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 80–91.
- Papoušek, H., & Papoušek, M. (1991). Innate and cultural guidance of infants' integrative competencies: China, the United States, and Germany. In Bornstein, M. H. (Ed.), *Crosscurrents in contemporary psychology. Cultural approaches to parenting* (p. 23–44). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Pellerin, N., & Lecours, S. (2015). Sensitization to emotions and representation formation through social biofeedback: Is markedness a necessary mechanism? *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 61–93.
- Rheinberg, F. & Vollmeyer, R. (2012). *Motivation* (8. Aktualisierte Auflage). Kohlhammer.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005) *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research* (Second Edition). Guilford Press.
- Vetter, B. (2007). *Sexualität: Störungen, Abweichungen, Transsexualität*. Schattauer.
- Vetter, N. (2010). *Emotion zwischen Affekt und Kognition. Zur emotionalen Dimension in der Kunstpädagogik*. Kölner Wissenschaftsverlag
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Lawrence Erlbaum.
- Poscheschnik, G. (Hrsg.) (2005). *Empirische Forschung in der Psychoanalyse. Grundlagen-Anwendungen-Ergebnisse*. Psychosozial-Verlag.
- Tschuschke V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyl, A., Weber, R. (2009).

- Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). *Psychotherapie Forum* 17, 160 - 176.
- Toutenburg, H. & Heumann, C. (2009). *Deskriptive Statistik. Eine Einführung in Methoden und Anwendungen mit R und SPSS* (7. Aktualisierte und erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer
- Stumm, G. & Pritz, A. (2009). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Springer.
- Walter, M. & Bilke-Hentsch, O. (2020). *Narzissmus: Grundlagen - Formen – Interventionen*. Kohlhammer.
- Warwar, S. H., Greenberg, L. S. (1999). *Client Emotional Arousal Scale-III*. Unpublished manuscript, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Will, H., Grabenstedt, Y., Völkl, G. & Banck, G. (2008). Depression: Psychodynamik und Therapie (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). In Mertens, W. (Hrsg.), *Psychoanalytische Krankheitslehre*. Kohlhammer.
- Wurmser, L. (1997). *Die Maske der Scham: Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten*. Springer.

7. Anhang

Anhang A - La Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (*GEVA*) (French for Verbal Elaboration of Affect Scale) Scoring Manual Version 7 (June 2013) und La Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs (*MICA*)

La Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (GEVA)
(French for Verbal Elaboration of Affect Scale)
Scoring Manual
Version 7 (June 2013)

© Serge Lecours

La GÉVA: survol du modèle théorique

L'Élaboration Verbale de l'Affect (ÉVA)

L'approche du discours émotionnel proposée repose sur une définition opérationnelle de **l'évaluation de la mentalisation des affects par le biais de l'expression verbale**. Essentiellement donc, la GÉVA tente d'approcher un sous-ensemble des phénomènes connus sous le nom de mentalisation. La notion plus circonscrite abordée ici est l'ÉVA, c'est-à-dire est la manifestation **verbale** d'un processus de mentalisation **de la vie émotionnelle et pulsionnelle** qui recrute de nombreux processus déclaratifs et non déclaratifs (voir Lecours & Bouchard, 2011, et Lecours, Briand-Malenfant & Deschenaux, 2013, pour une couverture plus complète des processus mentaux sous-jacents à l'ÉVA). L'option de se concentrer sur l'affect tient au fait que la vie émotionnelle est incarnée et que son expérience subjective s'arrime à ses composantes somatiques et motrices (tendances à l'action) et que ses formes plus élaborées émergent d'elles. Aussi, ce sont surtout les expériences valencées (agréables-désagréables) qui « font mal » et exigent un effort de régulation qui entravent leur élaboration spontanée. Ce sont les expériences trop ou pas assez régulées qui exigent à l'âge adulte un travail de transformation et de mentalisation. Le choix de restreindre l'évaluation à la représentation verbalisée est essentiellement méthodologique puisque notre angle d'approche de la mentalisation est l'analyse du discours. Évidemment, d'autres composantes émotionnelles, comme les multiples nuances de l'expression non verbale des affects, sont également considérées par l'observateur qui tente d'évaluer la qualité de la mentalisation chez un sujet. Ces autres composantes sont mises de côté par notre analyse de l'ÉVA, à moins qu'elles soient reprises par le discours de l'individu évalué. La Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (GÉVA), présentée plus bas, est la mesure empirique de l'ÉVA, et elle évalue les niveaux de tolérance et d'abstraction des affects verbalisés, lesquels deviennent de plus en plus complexes et intégrés lorsque la qualité et la quantité des représentations augmentent et sont utilisées dans l'expression verbale. En tant que mesure, la GÉVA donne un aperçu du résultat « final » d'un processus de mentalisation des affects, qui fait intervenir plusieurs mécanismes non déclaratifs « invisibles », tel qu'il peut se manifester par l'expression verbale. La GÉVA témoigne donc des **ressources représentatives** disponibles chez un individu lorsque ses réseaux associatifs affectifs sont mobilisés par la verbalisation d'affects.

La notion d'ÉVA a été inspirée par plusieurs auteurs psychanalytiques : Bion (1962) qui a conceptualisé la pensée et ses niveaux de complexité (tels que contenus dans sa grille); Krystal (1988) qui a souligné l'importance de la tolérance des affects et qui a identifié des lignes de développement de l'expérience affective, de sa « désomatisation » à sa verbalisation; Marty (1991) et ses travaux sur l'organisation des représentations dans le préconscient et les carences de mentalisation retrouvées chez des patients psychosomatiques; Luquet (2002) et sa conception de niveaux de mentalisation et de ses effets sur le développement de la pensée, du langage et de l'appareil psychique. La notion d'ÉVA différencie deux composantes de la mentalisation qui sont souvent intriquées dans la formulation des auteurs précités : la modalité de représentation de l'affect et le niveau de tolérance ou d'abstraction de l'affect (voir Lecours et Bouchard, 1997). Chaque composante comporte des niveaux hiérarchiques d'élaboration verbale, c'est-à-dire des niveaux de plus en plus riches et complexes d'association d'images et de mots aux éléments corporels de l'affect, menant à des niveaux d'élaboration de plus en plus élevés de l'expérience

affective.

Représentation sous forme de tableau

	Somatic	Motor	Imagery	Verbal
Meaning Association	Som5	Mot5	Ima5	Ver5
Appropriation Abstract description	Som4	Mot4	Ima4	Ver4
Externalization Mental expulsion	Som3	Mot3	Ima3	Ver3
Modulated impulsion (spontaneity)	Som2	Mot2	Ima2	Ver2
Disruptive impulsion (acting out)	Som1	Mot1	Ima1	Ver1

La GÉVA est organisée sous forme d'une grille comprenant 2 axes:

-la *modalité représentative*: la modalité de représentation par lequel est exprimé l'affect (Som, Mot, Ima, Ver).

-le *niveau de tolérance et d'abstraction de l'affect et de ses représentations*: la « profondeur » de l'élaboration mentale, son niveau d'abstraction. Ces cinq niveaux correspondent à différents degrés de contenance, de tolérance de l'affect, de prise de distance par rapport à l'affect, de liaison des expériences affectives à diverses représentations, de réflexivité.

Définition des différents niveaux de contenance et des modalités de représentation

Niveau 1 ou **impulsion disruptive**.

À ce niveau, la contenance est minimale car l'affect est exprimé directement, sans distance réflexive. Dans le modèle de l'ÉVA, le terme impulsion désigne l'absence d'une posture réflexive. Elle est disruptive car elle déborde la capacité de contrôle du moi et entraîne l'effraction de l'affect dans la vie réelle du sujet. Le terme disruptif est emprunté au vocabulaire

technique en électricité et signifie: qui éclate. En ce sens, ce niveau correspond à celui de l'acting out. Il y a quand-même rudiment de mentalisation (mentalisation primaire selon Luquet) car l'agir se plie à un « scénario inconscient ». Cependant, l'affect n'est pas tolérable, il est vécu comme un corps étranger qui doit être directement expulsé. La nature des agirs couverts est de deux ordres: la perte de contrôle dans l'expression d'un affect reconnaissable; l'expression d'un affect non reconnaissable (ex. symptôme). Le spectre des agirs peut aller d'un acte compulsif, hors du contrôle de soi, à la limite délirant ou hallucinatoire, jusqu'à un agir léger ou un acte manqué (voir tableau 1 ci-dessous pour une présentation schématique; voir Lecours & Bouchard, 1997, pour une discussion des éléments théoriques pertinents).

Tableau 1
Sous-niveaux d'élaboration de l'impulsion disruptive et leurs manifestations cliniques typiques

Niveau de Tolérance	Type de Contenu Affectif-pulsionnel	Manifestations			
		Activité Somatique	Activité Motrice	Imagerie	Verbalisation
Impulsion Disruptive	Très Symbolisé Refoulé	Conversion	Acte manqué		
	Symbolisé Refoulé		Acting Out		
	Représenté Non-symbolisé	Hallucination-délire			
	Non-mentalisé Non-représenté	Somatisation	Violence Pure		

Niveau 2 ou **impulsion modulée**.

Il s'agit d'une impulsion au même titre qu'au niveau 1, à la différence qu'ici la personne garde un certain contrôle sur l'expression de ses affects. L'impulsivité est plus modulée, elle est de l'ordre de la spontanéité ou de l'expression cathartique, donc au service du moi, en ce sens qu'elle sert l'expressivité naturelle de la personne; l'impulsivité est donc plutôt « contrôlée ». Le sujet ne parle pas directement d'un affect, mais le contenu de celui-ci est présent, consciemment ou préconsciemment, dans l'expression verbale (si on lui demandait de quel affect il parle, le sujet pourrait identifier l'affect exprimé). Il s'agit donc de l'expression d'une capacité de contenance plus grande, un signe d'une distance plus grande par rapport à l'impact affectif, puisque l'émergence affective n'a plus la qualité « d'explosion » du premier niveau, il ne s'agit plus d'un corps étranger à expulser, mais d'un affect modulé à exprimer. Empiriquement, il s'agit de l'expression directe d'un affect reconnaissable qui correspond à l'affect exprimé.

Niveau 3 ou **extériorisation** (expulsion mentale).

Les expressions de projection et d'identification projective seront ici évitées étant donné la difficulté à s'entendre sur ce qu'elles englobent. Contentons-nous de parler d'un mécanisme mental d'expulsion qui extériorise l'affect, dont surtout sa source. De façon générale, deux variations de l'expulsion et de ses conséquences sont décrites: le « retour de l'expulsé » dans l'attribution à l'extérieur de soi de la causalité d'un affect vécu comme se produisant en soi; l'extériorisation de l'affect et l'observation « objective » de cet affect, entre autres par des processus de généralisation et d'intellectualisation. Dans ce dernier cas, le sujet se dépossède de l'affect, il ne lui appartient plus, il ne le partage pas avec quelqu'un de précis. Quand l'affect est vécu comme se produisant en soi, il est la plupart du temps vécu comme une « chose » à peine tolérable, d'où l'utilisation d'un discours chosifiant et extériorisant: cela, ça, etc. À ce niveau observable de mentalisation, l'affect n'est pas encore assez toléré pour être considéré comme appartenant tout à fait à soi, comme étant une expérience psychique interne, intime, subjective appropriée. Pour la cotation, le niveau 3 est équivalent à un niveau 4 extériorisé par causalité extérieure, généralisation ou forme pronominale.

Niveau 4 ou **appropriation** ou description abstraite.

À ce niveau de contenance, l'affect n'est plus une « chose » (ou presque plus) et il peut être toléré, contenu, et donc considéré comme une expérience psychique appartenant à soi, une expérience interne, intime, subjective. Par conséquent, la personne s'approprie son affect, elle en parle en termes de « Je ». Aussi, pour les modalités liées au corps, sa description est de nature plus « psychique » et moins sensorielle, donc plus abstraite; l'affect est décrit comme une attitude ou une façon d'être.

Niveau 5 ou établissement de **liens de signification**.

Il s'agit du niveau atteint lorsque des liens de signification sont créés entre les affects, ou entre un affect et une hypothèse de sens (une interprétation au sens large). Il s'agit bien ici de donner un sens à une expérience affective, contrairement au fait de théoriser sur les faits extérieurs. L'affect peut être vécu comme une expérience psychique interne, privée, intime, subjective mais aussi comme une action (affect exprimé impulsivement). Quand des liens sont établis entre des affects et des circonstances extérieures, il s'agit la plupart du temps de liens de causalité. La causalité concerne le monde des choses et non celui des phénomènes internes soumis à une activité de compréhension-signification; c'est pourquoi les liens de causalité sont cotés à un niveau 3.

Cette description générale des niveaux observables de la mentalisation s'applique à l'affect exprimé quelque soit sa modalité de représentation.

Modalité de **somatisation**.

Ici, le sujet parle de l'affect en termes somatiques, c'est-à-dire qu'il verbalise ses expériences affectives par la description d'une *sensation physiologique interne* ou d'un *trouble fonctionnel ou lésionnel du corps*. L'affect est décrit avec un langage d'organe. Au niveau de la cotation, la modalité expressive somatique est bien le corps interne, pas le corps externe ou motricité. Plus précisément, sont incluses les manifestations du système nerveux autonome, non-volontaire, viscéral. Il s'agit de sensations somatiques de toutes sortes (activation physiologique), de maladies, d'actions somatiques autonomes (vomir, dormir, etc.), d'affections somatiques fonctionnelles ou lésionnelles. On entend par fonctionnel: trouble dans le fonctionnement d'un

organe (mal de ventre dû à un problème de digestion); lésionnel: dommages apportés dans un organe, tels que plaie, coup, inflammation, tumeur, dégénérescence, etc. (ulcère d'estomac).

Modalité de **motricité**.

Motricité: Ensemble des mouvements de l'organisme, d'une de ses parties. Le corps interne laisse place au corps vu de l'extérieur; le somatique est devenu motricité; la sensation est devenue comportement. Le corps en question ici est celui de la musculature volontaire. Ce niveau couvre donc la verbalisation de *comportements moteurs* associés de près ou de loin à une expérience affective: acting-out, expression comportementale d'une émotion, description directe d'une action manifeste de saveur affective, acte manqué, etc. Le niveau de la motricité va également englober les relations ou mouvements physiques d'une personne vers une autre. Il peut s'agir de comportements subtils, presque formulés en termes d'expériences internes, mais qui sont la description implicite d'une **interaction**. La motricité verbale va aussi être comptée parmi les expressions motrices de l'affect: engueuler, crier, chicaner, critiquer. Pour différencier de la modalité Ver, ce qui sera coté Mot se limitera donc aux interactions verbales (accent mis sur la **façon** d'exprimer verbalement), tandis que la modalité Ver se préoccupera de l'expression de contenus mentaux (accent mis sur le **contenu** de l'expression verbale). Finalement, les apparences, révélées par des formules telles "Il avait l'air de...", seront cotées Mot. En effet, pour avoir l'air de quelque chose, il faut que des signes visibles soient identifiés, des signes tirés du comportement, de l'attitude, de l'expression faciale, etc.

Modalité d'**imagerie**.

Le sujet exprime l'affect en le verbalisant à l'aide d'une *image*, la plupart du temps visuelle. En théorie, il s'agit d'un discours usant d'un mode de représentation métaphorique, analogique, iconique, pictural, figuratif, etc. La cote d'imagerie ne s'applique qu'à des *contenus mentaux imagés*. Les actions somatiques et motrices imagées sont cotées Som ou Mot.

Modalité de **verbalisation**.

Verbalisation: processus verbal d'expression, c'est-à-dire qui se fait, s'exprime par des mots. Le sujet utilise des mots relatifs à des *contenus mentaux*, pour exprimer ou identifier l'affect vécu. Bien sûr, toute la grille a affaire avec l'affect verbalisé. La catégorie verbale concerne spécifiquement l'utilisation des mots pour l'expression d'un contenu mental par la **pensée verbale secondarisée**. Il s'agit donc du **contenu des mots** qui composent le discours social (Luquet, 1988), le discours de l'ensemble (Aulagnier, 1975), discours « objectif », établi arbitrairement, partagé par la collectivité. Pour coter Ver, il faut donc avoir accès au contenu mental précis, tel qu'on le trouverait « dans le dictionnaire ».

Overview of the scoring process

The entire scoring process essentially involves five steps:

- 1) Segmentation; attribution of a 2) GEVA score; 3) supplementary score (if necessary); 4) valence score; 5) affect content category (MAC, last section of this manual)

Rules for the identification of affective units (segmentation)

The basic scoring unit is called an Affective Unit (AU). It is a short segment of discourse that contains the expression of an affect. Affective units have to be identified before they can receive a GEVA score. This first phase of scoring, also called segmentation, is probably the most difficult task of the whole GEVA scoring process because of the ubiquity of affect in verbal expression and the complexity of discourse analysis.

Three major challenges face the rater trying to identify AU. The first, and maybe the most important, is to recognize manifestations of affect in verbal expression when “emotion words” are not used. A second challenge, somewhat related to the first, is to decide when an expression is sufficiently “affective” to be segmented. A third challenge is to identify manifestations of affect without using too much inference. The following rules aim at reducing difficulties when negotiating these challenges.

In order to produce adequate levels of agreement among raters, they all should systematically follow the steps below in the designated order:

#1: Read the transcript well immersed in the participant’s experience while keeping an “informed eye”, that is while keeping the GEVA model in mind. Isolate all potential AU. Consider each one separately as you go through the remaining steps.

#2: When unsure, attempt to identify the affect, “translate” the expression.

#3: Use a minimal level of inference (see rule of “not necessarily”).

#4: Break up the AU if it contains more than one affect. Each AU must contain only one affect.

#5: Adjust the unit’s length so that it is as short as possible while being composed of a complete grammatical clause (subject-predicate).

#6: Underline important elements of the text, inside and outside the AU, in order to facilitate the scoring.

These six steps are now discussed into more details.

#1: The rater has to read the transcript in order to understand what the participant means, the contextual use of words (a pragmatic analysis as defined by linguists). At the same time, the rater has to keep in mind the definition of affect and the range of possible manifestations of affect delineated by the GEVA model. Potential AU are isolated.

Working definition of affect

The GEVA model considers affects as manifestations of drive derivatives (libidinal or aggressive) and of emotions. This definition converges with the notion of affect as defined by emotion theorists: a class of valenced (pleasant-unpleasant) experiences. However, for the sake of clinical relevance, the GEVA restricts its focus on drive-related and emotional experiences (and does not include other “affects” such as preferences, physical pain, etc.). Drives and emotions are the experiences most subjected to conflict and avoidance and are thus more in need of mentalization.

For scoring purposes, drive derivatives are desires, needs or wishes, felt or acted upon.

Thus, the showing of affection, such as kissing or holding hands, is recognized as a manifestation of the drives. We will consider for scoring libidinal events associated with “genital” sexuality only. In other words, most “oral” or “anal” drive manifestations **will not** be segmented because they require too much inference. For instance, overindulgence with food, alcohol or cigarettes, or being overly concerned with cleanliness or a tendency to hoard, all involve an implicit (mostly conceptual) association between behavior and oral or anal eroticism.

Furthermore, desiring, wishing, needing or hoping can be directed toward any form of object (even non-sexual). In the GEVA method, desire is one manifestation of interest, combined with a tendency to crave or covet, and it is always segmented. Formulations beginning with “I’d like to...”, “I wish...”, “I need...”, “I hope...” almost always indicate the presence of desire. However, more “cognitive” forms of wanting, related to will or moral imperatives for example, are excluded. Thus, we **will not** retain for scoring expressions such as: “I want...”, “I must do...”, “I have to do...”. This separation is somewhat arbitrary but it is designed to demarcate the instances when a motivational tendency is sufficiently affective, as opposed to cognitive.

Emotions are easy. They are always segmented, whether they are felt or acted upon. Classical primary or secondary emotions are segmented: anger, fear, sadness, surprise, joy, guilt, contempt, interest, love, hostility, pride, etc. (see lists as in: Dahl, Hölzer & Berry, 1992; see also the section of this manual describing the MAC). An emotional word must be segmented even if it doesn’t belong to anyone. For instance: “I saw the movie: Love for sale” would be segmented as: [Love for sale]. Another example: “My sister is on antidepressants”. Finally, include common formulations such as: “Thank you”, “Excuse me”, “Pardon me”, “Sorry”, even if they appear to be mere social conventions.

The GEVA method deals exclusively with verbalized affect. This focus excludes non-verbal expressions of affect as they are sometimes noted in transcripts: (laughs), (cries), (hits the table), etc. However, a researcher might wish to take into account these markers in his study. They can be segmented separately, since they won’t receive a GEVA score. In our work, a different delimitation sign is used (<>, instead of [] for AU) to isolate non-verbal units. We also use a supplementary score (“nv”) in addition to valence (+ or -).

#2: If the affective nature of an expression is unsure, try to translate the words used into an affective experience, try to identify which affect (drive, emotion) is expressed.

An important rule is that we have to be able to identify which affect is expressed in an AU. This is why formulations referring to experiences that cannot be identified are not segmented. These include (a) interrupted sentences, such as: “I feel... (interrupted)”, where the nature of the affect is never clarified. Moreover, expressions beginning with “I feel...”, “I sense...”, “I perceive...” do not, in themselves, guaranty the presence of an affect. They are used as signals of something that is subjectively observed (subjective is not necessarily affective). Other expressions not retained for scoring are (b) formulations clearly reporting an affect without specifying which affect is discussed. For example: “This brought back ancient emotions”, “I was quite emotional”. Even if the context helps to identify the affect later in the text, the utterance is not segmented. An AU must at least specify the valence of the affect for it to be retained.

It is important to note that a participant can negate an emotion, he can assert that a specific affect is not experienced, and that such an instance is segmented when the content of the

affect is known. When an affect is negated, the affect can still be identified. The GEVA does not take into account whether an affect is presently experienced or not, it simply assesses how the affect is represented. Thus, in terms of strict GEVA scoring, “I’m not angry” is equivalent to “I am angry” (only the valence is reversed).

The rater has to keep the GEVA model in mind when segmenting. This means that he must be aware of the multiple ways an affect can be expressed. As will become clearer with the discussion of the GEVA categories, the verbal representation of an affect can take many forms. Anger expression, for instance, varies along the modalities: from a somatic event (“My heart was beating so fast”), to a motor behavior or attitude (“I punched him in the nose” or “I was really aggressive”), to the description of a subjective experience through imagery (“I was seeing red”) or with an “objective” verbal label (“I was angry”). Anger expression also differs according to the level of containment / abstraction: from acting out behaviorally (“I broke a chair”), to more subtle kinds of impulsive expression through mental contents such as insults, threats, reproaches, curses, sarcasms, judgements or qualifications (“What an idiot” or “Such an asshole”), to fantasies (“I would have tore his head off”), to externalized formulations (“He’s so annoying” or “One can really get pissed”), to fully appropriated subjective labels (“I felt irritated”). All these types of formulation, and many other variations, should be segmented as AU. The rater thus has to be aware of the range of types of affect verbalization, which go far beyond the basic emotion word or label.

If a portion of text is too ambiguous or if the meaning of a sentence is uncertain due to the presence of inaudible segments of text (marked “inaudible” or “?” in the transcript), do not retain for scoring. Similarly, if the meaning of a sentence is clear but the nature of the affect is unclear because of (?), do not use for segmentation. Again, the affect should be identifiable for inclusion in the scoring. A conservative approach should be adopted for managing ambiguous text excerpts: less is better. However, if the context makes clear what an expression means, and if the affect is clearly present, the AU should be segmented. For example, a participant might say something like: “I made another mistake yesterday”, and the word “mistake” refers to a suicide attempt, this expression should be the basis of an AU.

The problem of pronouns

Sometimes a sentence alludes to an affective experience that has been mentioned earlier in the transcript without repeating the exact formulation. Usually, the affect is referred to in the text with a pronoun. For instance: “**It** happened again last night”. Here, the pronoun “it” replaces a bout of sadness. The clause “It happened again last night” will thus constitute an AU. However, the pronoun must specifically replace an affect (we can replace the pronoun with an actual affect, for instance “**A bout of sadness** happened again last night”), and not a general situation or interaction (for instance, a discussion that turned into a fight). Whenever a pronoun refers to something larger than an individual affect, an AU **is not** formed. This last point deserves to be repeated: only the pronouns referring directly to an affect compose an AU, it is not segmented if it brings up an emotional situation. For example, a participant describes how she fought with a girlfriend over a few paragraphs, she recounts in detail what she did, what she said. She then asserts that: “**All this** was pretty intense”. It is clear here that the participant refers to the whole situation, and no AU is formed; it is not possible to replace the “this” with a specific AU. Also, some participants have “verbal tics” and repeatedly use formulations such as “and all this”. These vague and stereotyped pronouns are to be ignored. However, some pronouns

sometimes refer to a group of well defined individual affects. When a number of affects are enumerated and a pronoun is used to refer to them all specifically, the AU with the pronoun is segmented and scored the same way the last affect is. For instance, the sentence: “She hits me, she insults me. When will these behaviors stop?” is segmented as: [She hits me] [she insults me] [when will **these behaviors** stop?] and “these behaviors” is scored like the unit “she insults me”.

An allusion to a prior AU must be substantiated with a pronoun (or a word that acts like a pronoun: see the “mistake” example above). If it’s not, the expression is not segmented. For instance, an interviewer asks: “Were you sad last night?” and the participant responds: “Yes”. Only the question forms an AU, not the “Yes”. Usually, personal pronouns and demonstrative pronouns are used for segmentation. Here are some examples: “He did **it** (kiss her)” ; “She saw **that** (his sad facial expression)” ; “**Mine** (anger) is stronger” ; “All **these things** (suicidal thoughts) were going through my mind”, etc.

In the GEVA method, pronouns are “cheap”, they constitute a problem in the segmentation task because they are hard to spot, and they are avoided whenever possible. To help with the detection and scoring of AU based on pronouns, they should be underlined in the transcript by the rater doing the segmentation. In order to not overrate pronoun based AU, when an AU containing the direct expression of an affect also includes a pronoun, or when an AU encompasses two pronouns, only one AU is segmented and the “direct” affect takes precedence for scoring. For instance, the clause: “**It** (argument) made me **sad**” form only one AU and sadness only is the focus of scoring (and should be underlined). In this other example: “**It** (argument) made me feel **this feeling** (sadness) again”, only one AU is delineated because both pronouns are part of the same clause. The scoring priority would go to the most salient feeling state. If however a pronoun is part of another clause, two AU are segmented: [It (argument) happened again] yesterday. [I feel this feeling (sadness) again].

The problem of qualifications

Qualifications are verbal formulations expressing a judgement with adjectives or nouns that convey a significant positive or negative value. Qualifications essentially devalue or overvalue a person or object directly, without the participant explicitly stating what he feels about the person or object: “He’s so stupid” or “He’s amazing”. Superlative interjections are also segmented: “Wow!”. Qualifications are currently found in level 2 units of the imagery or verbal modalities. Since value judgements are ubiquitous, the problem with qualifications is about knowing when a formulation is “sufficiently affective” to be segmented.

In order to keep the qualifications clinically relevant, many adjectives will be invariably excluded. For instance, the adjective “important” will not be the basis of an AU by itself. In addition, judgements relying on simple “good” or “bad” distinctions will not be retained for scoring if they don’t apply to a relational of an obvious emotional context. In other words, good-bad attributions can be benign (“I saw a good movie”) and to include them in the segmentation would dilute the clinical relevance of the GEVA scores. Thus, good-bad evaluations, including variations such as beautiful-ugly, must be retained only if they reveal (by amplification) the presence of an affectively-laden relationship. For example, “He’s a friend” (relationship status) would not be segmented but “He’s a good friend” (quality of relationship) would. In these cases, the relationship would be the object of the GEVA scoring because good-bad distinctions are not enough to justify a scoring by themselves (“not sufficiently” affective). As an aside, “a good friend” would not be scored as a qualification (level 2) in the GEVA method (see following

section). It is a complicated unit to score. This kind of expression is discussed here for the sake of determining which verbalizations are to be included in the segmentation.

Adverbs are sometimes used to indicate value. For example: 1) good, bad, better, etc.; 2) few, a lot, too much, or adverbs with a “y” suffix: totally, extremely, etc.; 3) never, always, etc. Again, segmentation should not rely exclusively on the presence of such adverbs (which are considered as “not sufficiently” affective). An obvious exception is the category of adverbs constructed from emotional words, such as: sadly, happily, aggressively, etc. These are always segmented.

Relatedly, words such as “difficult” or “hard” are segmented only if they are used as referring to a felt experience (usually suffering: “It’s a hard thing to see”) and not as an inhibition (“It was hard to do”). They can also be included when they replace an affectively laden event previously discussed (“We encountered some difficulties [fights]”). The word “problem” is to be excluded. Do not use as the basis for an AU words such as “important” and its variations (grave, serious, primordial, essential, marked, notable, considerable, etc.). Adjectives such as “best” or “worse / worst” are also to be omitted.

The problem of non-affective bodily expression

As a rule, non-affective bodily actions or events are not segmented. These are somatic or behavioral symptoms, functions, diseases, etc. For example: fatigue, a headache, a gastric ulcer, being unable to speak or other forms of behavioral inhibition. However, these manifestations are sometimes treated by the participant as affective equivalents. To include these in the segmentation, the participant has to give clues as to their affective status. The rule is that one of the following four scenarios has to be observed in the transcript:

- a) Affective question: a behavioral or somatic action is provided in response to a question that directly inquires about an affective state, such as: “How did you feel at that moment?”
- b) Paraphrase: a behavioral or somatic action paraphrases the description of an affect. For example, in the sentence: “I was scared, I couldn’t talk, my heart was beating so fast.”, “not taking” is not by itself a natural or expected manifestation of emotion or drive, it would not be segmented outside such a context.
- c) Affective meaning: a behavioral or somatic action is submitted to an interpretation, it is included in a meaning hypothesis: “I didn’t talk to him because I was passive-aggressive” or “Repressing my anger gave me a headache”.
- d) Significant event: a behavioral or somatic action is explicitly related to a significant, potentially upsetting, event: “My ulcers started when I lost my job” or “I slept for days when she left me”.

#3: *The level of inference required for the identification of an affect must be minimal (rule of “not necessarily”).*

This step of the segmentation process is probably the one the rater will evoke to himself the most often (a situation we encourage). It consists of asking oneself: “Is this expression sufficiently affective?” Indeed, inference has to be kept to a minimum when identifying text segments involving affect. Inference can help “see” affects that are not sufficiently explicit or that are “deeply” buried in the participant’s experience. Manifest signs of affect have to be found in each AU. The line that separates what is significantly affective and what is not is difficult to

draw. Training essentially aims at establishing somewhat arbitrary boundaries from levels of affectivity that I find clinically useful.

Inference is sometimes essential for pinpointing AU, but the level of inference is of a “common sense” kind, the ordinary inferences made by people sharing a particular cultural background. For instance, if an individual says: “It’s cold in here” while looking at the open window, an observer will easily conclude that this person wishes someone would shut the window. This kind of linguistic analysis is called pragmatics: the information is in the “words”, but it relies on the use of words in a given interpersonal context, not on a semantic or lexical analysis exclusively. This is the kind of inference required for segmenting when it is needed. It is not a “conceptual” inference requiring familiarity with psychoanalytic concepts for instance (e.g. repression, conversion, somatisation, etc.). Accordingly, verbal “slips” do not justify an AU by themselves, they have to involve an affective “manifest content” in order to be segmented.

The needed level of inference appears to depend on the level of mentalization: in higher levels, the affect is more explicitly described (e.g. level 4). Levels 1 and 2, however, require a closer attention to context because, by definition, the affect is not reflexively discussed while it is expressed impulsively, it is verbally expressed without being talked about. Consequently, at higher levels of mentalization, clear signs of an affect have to be found in the AU. As discussed above, relational status or event is not necessarily affective: being a friend, a spouse, a girlfriend, a marriage, a divorce, a death, etc., even if these relationships **can be** very much affectively invested. The central issue is this: at higher levels of mentalization, an affect cannot be simply implied, it has to be explicitly stated, something in the AU has to point to an emotional experience. For instance: “My friend has returned from vacation” is not segmented while “My best friend has returned from vacation” is. In addition, omit ambiguous phenomena such as: play, jokes, parties, requests, help, etc.

If an expression is not necessarily affective, do not retain it for segmentation! The question of whether a verbalization is sufficiently affective or not is so frequent that **the rule of “not necessarily”** has been coined. This rule should be invoked whenever an AU is uncertain. The rater doing segmentation should develop the habit of asking himself this question: “Is this necessarily affective?” whenever the affect is not explicit in the AU. *This procedure pragmatically operationalizes the conservative level of inference required for the segmentation.*

Cognitive activities are among the most frequently discarded verbal manifestations by the rule of “not necessarily”. For instance, to will, to want, to anticipate or to be confused are often encountered and are to be omitted. Although this distinction is somewhat arbitrary, “to want” something will be distinguished from “to need” something (and derivatives), the former being excluded and the latter being considered a manifestation of desire. Thus, “to want” will be understood as a cognitive process and it will not be segmented as an example of desire (with the exception of the expression denoting a sexual desire: “I want you”). Thus, if an expression can easily and reasonably be translated into cognitive terms, it will be ignored on the basis of the rule of “not necessarily”. Along the same line, do not include basic psychological mechanisms or personality traits. For instance, do not retain defense mechanisms: negate, deny, repress, suppress, etc. Self needs, as understood by the theories of Mahler, Kohut, Winnicott, etc., are not considered as manifestations of affects. In other words, although the word “need” is segmented, striving autonomy, independence, individuation, among others, will not deserve an AU. Also, basic dimensions of personality traits, from a five-factor model for instance (neuroticism, extraversion, etc.), will not be segmented because the presence of an affect is only implicit in

these categories. Finally, mental disorders labels are not included per se, unless they describe mood or anxiety disorders. Thus, “My cousin is schizophrenic” or “Pathology runs in my family” will not receive an AU. However, a mental disorder label is segmented if it is used pejoratively (“She is mad as a cow”). Control over someone can be understood as an affect if the context indicates a hostile relationship. However, self-control or someone controlling a situation is not segmented.

In practice, the rule of “not necessarily” is applied when a rater wonders if he must include an uncertain expression or when two raters compare their segmentations and one has retained an expression omitted by the other. The confrontation can proceed as follows: the rater that “sees” an affect must justify his segmentation by identifying the affect involved (“What is the affect?”); if the other rater does not agree, he must propose alternative interpretations that exemplify a non-affective process (these alternatives must be easily seen, reasonable, and not too deeply inferred); if one of these non-affective alternatives is accepted by the rater that has initially segmented the expression, the AU is discarded for being “not necessarily” affective. Because many transcripts contain hundreds of AU, raters should show humility and openness when arguing for or against an AU (avoid stubbornness!). In order to avoid turning consensus meetings into nightmares, reject all AU that elicit prolonged discussion, indicating that the level of ambiguity is manifestly too great. Although a time limit has not been determined, a rater can invoke the **rule of “two minutes”** in order to discard the litigious AU and put an end to a debate that could continue for hours. Raters are encouraged to stay conservative in their evaluation of AU. This can only help the GEVA scoring process and ensure the clinical relevance of the segmented material.

#4: In order to facilitate scoring, each AU must contain only one affect.

If a clause is seen as containing more than one affect, it must be divided into smaller AU. Each segmented AU must contain only one affect. Otherwise, the GEVA scoring will be made less reliable as one rater might base his scoring on one affect and the second on another affect. Take for instance: “I like to kiss my girlfriend”. Do we score the “liking” (a subjective experience) or the “kissing” (an action)? A rater shouldn’t have to choose. The simple solution to this dilemma is to separate the two affects into two AU: [I like] [to kiss my girlfriend]. This problem will often occur with a couple “desire – affective action”, as in the example above. It also occurs when an affective state or action is accompanied by a qualification: [I would have killed] [the bastard]. Again, cutting the expression in two solves the problem of trying to figure out if such affective expressions are subjective or bodily based.

Thus, each time a scorable affect is encountered, it deserves an AU. Consequently, if an affect is repeated, as many AU as affects are formed. For example: “I was sad, sad, sad” becomes [I was sad.] [sad.] [sad.]. This situation differs from expressions where only one affect is expressed but many objects of the affect are presented. For instance: “I like chocolate, the music of Brahms, and scoring the GEVA” becomes [I like chocolate] since only one affect has to be segmented.

#5: An AU must be as short as possible.

Preferably, an AU will comprise as few verbal elements as possible. It must, ideally,

contain all the information necessary for scoring the GEVA. This is not always possible however. Since the analysis of GEVA scores usually rests on the proportion of AU and not on the proportion of words included in the AU, the problem of precisely defining boundaries for AU is a minor one. The rater has simply to gather a minimum of verbal elements, by convention a simple grammatical clause (subject-predicate), even if some words do not contribute to the scoring process. As a guide, in order to simplify the task at hand, only direct and indirect complements to a affective verb are included in the AU (that complete the verb by answering the questions: who, what, to who, to what, etc.). For example: “I like summer when it rains” can be segmented as: [I like summer] since this AU contains the object of “liking”, which is sufficient, the time when the object is “likable” not being relevant for the scoring. Again, the question of what to include in the AU is of minor importance, the important point being that raters agree on which affect is anchoring the AU (which is the basis for evaluating agreement levels for the segmentation).

Some AU can be shorter than a clause, sometimes (rarely) containing a single word. This happens when several affects are densely clustered and the necessity of keeping only one affect per unit forces the decomposition of a clause. For example: “I would have liked to kiss her sexy lips” becomes [I would have liked] [to kiss] [her sexy lips]. In these instances, scoring requires that all AU from that clause be taken into account.

#6: Underline important elements of the text, inside and outside the AU, in order to facilitate the scoring.

In order to facilitate the GEVA scoring, raters doing the segmentation are encouraged to emphasize elements that contribute to important aspects of the scoring. Thus, it can be useful to literally underline in the text: 1) words that identify which affect is to be scored (sometimes, the whole AU to indicate that the affect is a level 2 impulsive verbal expression, or an emotion word when pronouns are present); 2) pronouns that form an AU ([It happened again]; 3) cues that reveal that an affect is seen as an outward expression (“He looked angry”, which is score as an action instead of a subjective experience); 4) external causes to an affect, even if it is situated outside the AU ([I started to feel anxious] when he entered the room).

Rules for scoring affective units (GEVA scoring)

First, some preliminary remarks:

-The GEVA method evaluates the formal aspects of verbalized expression of affect, and not affect content. The GEVA does not identify specific affect categories for each AU. The MAC does that (see the MAC scoring instructions at the end of this manual).

-In order to score an AU, the rater has to read beyond the words included in the AU. Awareness of the context is essential for scoring the GEVA. The rater should at least have read the paragraph encompassing the AU. Consequently, the rater gets to read the whole transcript when he rates all the AU found in an interview.

-Scoring is achieved through a series of successive decisional steps that are gathered in the decision trees that are given below. **In order to produce reliable scorings, it is essential that all raters use the same decision trees while systematically following the order spelled out in the trees.** In addition, the rater has to determine which modality is used before employing the appropriate decision tree for each level of containment-abstraction. Indeed, since mental processes differ according to each representational modality, levels of containment are defined by each modality.

-When the rater becomes sufficiently familiar with the basic concepts underlying the basic decisions, when the basic logic behind the decision trees becomes internalized, it is more practical to simply use the decision trees outline pages presented in the following pages.

-The scoring format convention goes like this: GEVA score beginning with the modality and followed by the level, supplementary score(s) (if necessary, in alphabetical order), valence, MAC score in parentheses. For example: Ver4g-(t), Ver4+(aa), Mot2a-(cs), Ima2cgp-(ma), etc.

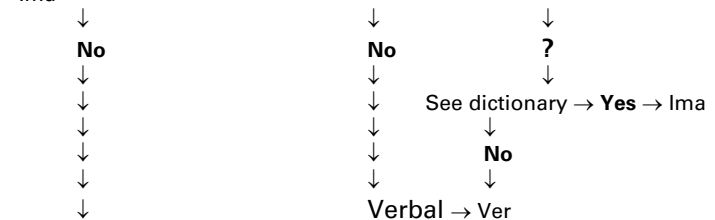
-Levels 3 and 5 are part of the conceptual model but are absent from the scoring process per se as they require some “assembly” after the scoring proper. Level 3 is basically a level 4 score accompanied by at least one of the supplementary scores “c”, “g” or “p”. Level 5 is attributed to any GEVA score that receives a supplementary score “s”, whatever the level. Level 5 has priority over level 3.

Outline of the scoring procedure

- 1) What is the affect? (Not the Mac score: analyze how affect is “seen”)
- 2) Who’s affect is it? (Who owns the affect?)
- 3) What is the modality? Continue below:

Decision tree for the modality

Access to mental content? → **Yes** → Imagery? (metaphor) → **Yes** → Ima



Motor → Mot

4) What is the level? (See decision tree for each modality)

Decision trees for each individual modality

Verbal modality

A) Internal subjective experience, affect « talked about ».

Explicit and controlled? → **Yes** → Ver4
 ↓
No → Ver1

B) Direct expression of affect or qualification

Explicit and controlled? → **Yes** → Ver2
 ↓
No → Ver1

Imagery modality

A) Description of internal subjective experience using imagery

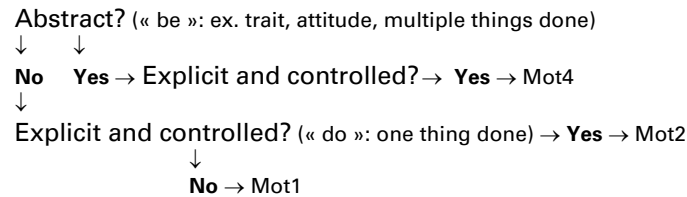
Explicit and controlled? → **Yes** → Ima4
 ↓
No → Ima1

B) Direct expression of affect or qualification

Explicit and controlled? → **Yes** → Ima2
 ↓
No → Ima1

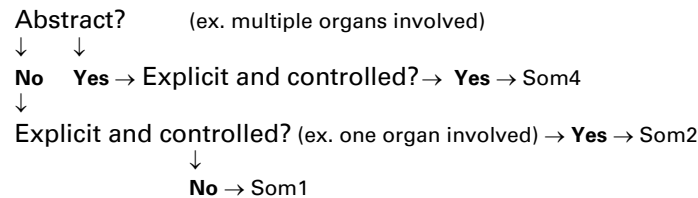
Motor modality

Relational exchange, interaction, verbal or motor behavior

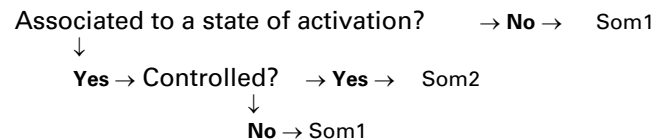


Somatic modality

A) Description of a state of somatic activation



B) Somatic action or symptom



C) Functional disorder, lesion, or sickness → Som1

Detailed scoring procedures

General scoring procedure

1) Identify which is the affect isolated by the AU

The goal of this step is to pinpoint and isolate the affect to be scored and to begin to delineate its nature. What needs to be done is not to identify the specific affect category, to label it, such as when scoring the MAC. Rather, the rater has to analyze the verbal expression in order to assess how the participant « sees » 1) what the affect is, and 2) how it is expressed. The rater has to analyze how the participant uses words to speak of the affect. This process requires a naive reading of what is said, with the GEVA model in mind. Many AU are complex, vague, or contain atypical expressions. In order to make the GEVA rating possible, it is sometimes useful to deconstruct the affective words by translating them into synonymous expressions in order to clarify the meaning of what the participant is actually talking about in a “GEVA” vocabulary. The entire scoring process rests on this first essential step! Do not attempt to score without having formed a sufficiently clear idea of what the participant means. A good understanding of the context is often necessary. For instance: “With him, it’s always bang”. This unit is impossible to score without some kind of translation. What the rater needs to know is what the participant is referring to, what the affect is and how it is expressed, first “in reality” before attending to the “verbal style”. Here, the context informs us that the person referred by “him” is irritable and has a tendency to express anger by hitting people. The “bang” in question is the sound of a blow. What the participant is saying is that this person tends to hit people. It is tempting for the rater to grab on to prominent elements of the AU to build a score, here the presence of an imagery (the onomatopoeia “bang” that is treated as a metaphor in the GEVA method). As will be seen, this AU can’t be scored because imagery is restricted to mental contents. The basis of the scoring must always be the “real” affect and its expression (here, physical hitting).

A complicating factor is the lack of precision or plain obscurity of some verbal expressions, often encountered in impulsive categories. For instance: “I can’t take it anymore”. Scoring is facilitated when such a sentence is translated into a more explicit affective state before using the acquired distance in order to identify the form of its expression: here, the affect appears to be a feeling of helplessness expressed by a mental content made public by a direct verbal mode without an explicit or reflective reference to the state of helplessness (which guides us a clue to the impulsive nature of verbalization). Another example: “My comment stirred shit”. The rater must first know what “shit” refers to. The participant is saying that what he said started an argument. Thus “shit” here designates a dispute, an interaction, a motor expression of affect. From this analysis, the rater understands that the affect was expressed by people aroused by his comment and that the scoring process must focus on the affect of another person, etc. Another example: “I thought I was going to die”. Context must be used for understanding what “to die” means: dying of what, is an affect involved? To die is not an affective experience in itself, the participant must be associating dying with an affect. It is the case, die of fear, of shame, etc.? If fear is involved, the participant means something like: “I thought I was going to die because I was aware of extremely intense somatic symptoms of fear” (such as in a panic attack). In such a case, the participant would be describing, metaphorically, somatic activation signals (a Som

score). If the participant is dying of shame, the expression can be translated by: “I felt so small and ridiculous that my self could have died”. In that case, the rater can infer that the participant is actually describing a subjective state of shameful dissolution with a metaphor of death (psychological death), which would be considered as an expression of mental content (Ima).

Difficulty: More than one affect in the same AU

Because of impulsive expressions, a single AU can sometimes condense an explicitly labelled affect and an affect that is expressed while talking. The rater has to choose which affect to score. Here are a few scenarios:

A) If an AU contains the appropriated subjective expression of an affect (level 4) but in the service of a direct impulsive expression (level 2 or 1), the lowest level has priority. However, the level 2 (or 1) expression has to be clearly present. For instance: (hostile context) “You need help”. Score Ver2-(ca) even though a “need” would be scored Ver4a+(de). Another example: (said sarcastically) “Stop, you’re really scaring me”. Score Ver2-(ma) (and not Ver4c-(p)).

B) If an AU could be interpreted as expressing either one of two impulsive expressions, score in favor of the person speaking (participant). For instance: (context of exasperation) “Stop crying”. Score Ver2-(ca) for the exasperated verbal expression of the speaker instead of Mot2a-(t) for the other crying person.

C) An AU can include both an affective action and its effect on another person. For example: “He pisses me off” where the participant talks about his anger in addition to the potentially hostile action of another. **The rule is to score what we see.** When the effect is better documented (here, we do not know what the other did to provoke anger), score the affective impact. The effect is usually better known than the cause in this scenario. The difference is important because scores widely diverge (Ima4c-(ca) instead of Mot2a-(ca)).

2) Determine who “owns” the affect (the participant or someone else). If it “belongs” to another, attribute a supplementary score “a”.

This decision aims at making still more specific the contours of the affect to be scored. It continues to anchor the remaining steps of the decision process. An error at this step can have important consequences on the scoring. This decision literally has the potential to split the scoring process in two: either a subjective experience or a motor action is scored. A classical example: “He really hurt me”. The rater wonders: does the affect reside in the act of hurting someone (by another) or in feeling hurt (the participant)? This problem has been dealt with in the scenario C) of the possibility of their having two affects in the same AU. The rule is to score what the rater sees. If the context makes it clear that what is emphasized in the transcript is the action of another, score MotXa (X = the level). Here, if it is known that someone physically hit the participant, the score would be based on the affect of another person: Mot1a-(ca). When only the result of an action is known, the subjective experience is scored (here, the participant’s: Ver4c-(t)). Usually, the effect is better documented than the action.

More difficult still is the following example: “I charm people”. What is the basis of the scoring process, the action of charming or the effect of charm on the other (being charmed)? A useful hint is to always concentrate on the affect we see. A rater might jump to the conclusion that what we see is an action: to charm. However, what is the affect in the action of charming? Difficult to say. The affect appears to reside in the effect of some charming behavior on others.

By expanding on and “translating” the verbal expression of charming, the affect seems to be closer to “I provoke interest in people” (we can actually find objects charming) than to “I seduce people” with an overtly sexually provoking attitude (which would be scored “sex”). Thus, this AU is formulated in terms of the emotional impact of interest that the participant has on people (same as being attractive). The affect then belongs to unidentified (“g”) other people (interest for a person = love-other but expressed as being produced by a spell or charm, thus imagery) and it is caused (“c”) by the person speaking (scored Ima4acg+(aa)). Again, if the scoring was based on an affective action, less probable here, the score would be much different (Mot2+(sex)).

Difficulties: Confusion among modalities of representation.

Several situations complicate the choice of a modality of representation. Here are some of them:

A) Internal state or feeling (Ver, Ima) vs relationship or interaction (Mot). Friendship is the classical example: is it a feeling or something someone does, an interaction? Rule: when there is no clue as to the intervention of the body in the transcript, score the affect as a subjective state. Examples: “He’s my best friend”, scored Ver4+(aa); “We are very close”, scored Ima4+(aa).

B) Attacks against the self. Interpersonal attacks are usually scored as interactions, or Mot. When a participant attacks himself subjectively (he scolds, criticises, or judges himself), when the motor body is not involved, the affect is scored as a “subjective action”, thus Ver or Ima. For instance: “I can’t stop blaming myself for what happened”, scored Ver2-(cs); “I keep whipping myself”, scored Ima2-(cs). Access to a subjective experience is synonymous with an access to mental content; the level 2 derives from the affect that is expressed directly rather than reflected upon (see the Verbal and Imagery decision trees). However, when a participant actually acts upon his body (self-harm, suicide attempt), the affect is scored Mot: “I burned myself with a cigarette”, Mot1-(cs).

C) Subjective actions in the relationship. Some interpersonal subjective actions do not involve the motor body, they are the result of “private” mental processes. Again, access to a subjective experience is synonymous with an access to mental content. Examples are to judge, to blame or to condemn someone. For instance: “I judge him for what happened”, scored Ver2-(ca). Again, level 2 derives from the affect that is expressed directly rather than reflected upon. However, if there are reasons to think that the action is “public”, that the affect is expressed in the interaction, score Mot: “I criticized him”, score Mot2-(ca).

D) Parts of self. The participant talks about an affect by designating it as a part of the self. The difficulty here is deciding what to emphasize when scoring: the AU or the affect. Asking the question is answering it: the GEVA deals with affects! For instance: “It’s the angry child in me”, is scored Ver4-(ca), because we score anger, even though we can imagine a child nested in the adult personality.

E) Pronouns. When an affect is verbalized and it is referred to later in the transcript by using a pronoun, the AU including the pronoun receives the scores (eva, aff, ica et sup) given to the initial AU containing the replaced affect that apply to the new context, with the addition of a supplementary score “p”. If a pronoun refers to a precise group of affects, the pronominal AU receives the scores of the last affect.

3) Identify which modality is used. To do so, determine which language is used to describe or express the affect by using the following decision tree.

Once the rater has clarified what the participant means by the words used in the AU, a GEVA score has to be determined. As we have seen, before consulting the first decision tree, the rater has to form a clear representation of the affect in his head. The rater has to go “beyond the words” sometimes, in order to get at the concrete reality behind the affective expression. For instance: “I would have killed him” does not usually imply an actual homicidal action. It generally is a metaphorical exaggeration, score Ima2-(ca) (the level 2 being associated with the affect that is expressed directly rather than reflected upon). Same thing with: “I wanted to die”. Depending on the context, dying can refer to a metaphorical representation of a benign wish to disappear (based on shame for instance: Ima4-(h)), or to an actual wish to die (Ver1-(cs) or (t)), rather than a self-destructive action.

The following decision trees must be followed to the letter. These decision trees distill the foundations of scoring. When the decision steps are systematically observed, the many traps related to the scoring are minimized. For example, emphasizing the salient features of an AU instead of focusing on the affect (scoring Ima when imagery is found in the AU but the affect is expressed in the interaction – no mental content). GEVA training essentially consists of understanding and, especially, to internalize the decision trees. The novice rater should thus stick to and consistently follow the decision trees for every training exercise throughout the training, while trying to resist “intuitive” ratings. The goal is to proceduralize the scoring process.

Decision tree for identifying the modality of representation

A) Do we have access to a mental content?

This first essential decision splits the scoring universe in two: is the mind doing the affective “talking” (Ver, Ima), or is it the body (Mot, Som). Note that when the rater asks first whether mental content is present, the attribution of imagery to a somatic or motor behavior is minimized. The rater profits from embracing the “wisdom” of the decision tree...

That being said, it is not always easy to determine whether an affect is expressed through a mental content. Indeed, the GEVA scoring, which relies on verbalized expression of affect, necessarily involves some kind of mental content. What is meant here by mental content is having access to the participant’s specific thoughts, hearing the participant “speak his mind”. This content is more or less abstractly represented. For instance, expressions such as: “I was angry” (the description of a subjective state), or “Shit!” (interjections, swearwords, qualifications), or “I told him he was an idiot” (the actual words of a spoken exchange) are increasingly explicit or literal windows into what the participant is thinking. Compared to the spoken exchange, labelling a subjective experience is a somewhat more abstract way of revealing the content of one’s thought since it is a kind of “conceptual summary” of a multitude of possible individual “internal dialogues”. However, access to a subjective experience will always be synonymous with an access to mental content. Cursing (“Shit”), without labelling a mental state or reporting portions of a dialogue, is another way of making “public” a mental content: we know that the participant is angry because the word “Shit” is a manifestation of this experience, he is actualizing, while speaking, an internal dialogue.

The participant does not have to be successful in identifying his exact subjective experience state for us to consider the unit as presenting a mental content. At the least, he must

be trying to get in touch with a subjective state. This distinction is particularly important for metaphoric expressions, which tend to be less precisely defined and more expressive than verbal units. For instance: “I was climbing the walls” is not really an affective action, it is rather an attempt to metaphorically describe an internal state of agitation, even if the specific emotional category is not labelled. Another example: “It was hell”. This statement can appear to be a direct, non-reflexive (level 2), expression of affect, but it can also be seen as describing a state of suffering or displeasure. Some AU will require more inference as imagery shares blurry boundaries with action (both in terms of motor activity and impulsive expressivity). Context will sometimes help decide (for instance, if hell is someone else, qualified as a demon) but the main point here is to stress that the participant does not have to be articulate when describing his subjective state for him to be seen as having access to mental content, his intention must be to try to get in touch with an internal event.

Another potential difficulty is what was called “subjective action” above. For instance: “I found him faults” (privately), “I was blaming myself”. A rater might be tempted to conceive this as action since no clear mental content is visible. But again, it is a subjective state that does the action. It is usually scored Ver2 or Ima2. Hence, some mental content is present. This phenomenon is to be distinguished from cases where a subjective action is expressed “outwardly” in the relationship. It then becomes potentially visible to the receiver of the action or to an external observer. This kind of action is characterized by the participant’s emphasis on what he does verbally rather than on the content of what is said. For instance: “I insulted him” or “I spoke my mind” (context of criticism). Here, we don’t know what was said but we know that the utterance was insulting or critical. The rater should conclude that mental content is not available in these AU and they should be scored as Mot.

Access to a mental content is necessary for scoring Ver or Ima and it is reserved to these modalities. In other words, there is no access to mental content in Mot and Som and there is no Ver or Ima score without mental content. Thus, in Mot and Som AU, the affect is described “from the outside” as if looking at the motor or somatic body. Formulations such as: “I was aggressive” or “I was stressed” have more to do with abstract descriptions of ways of acting, attitudes, or patterns of physiological activation, than with the description of a mental state. The difficulty stems from the level of abstraction of the description, typical of level 4 Mot and Som AU. This level of “appropriation” also makes the affect seem more “psychological” or subjective. One might object that being “stressed” is also a subjective state. We agree, but we argue that the quality of this subjective experience is highly somatized, that much of it rests on an observation of one’s manifestations of physiological arousal. This muddle of modalities is especially found in the expression of anxiety, with its strong activation component. In order to simplify the scoring process, the GEVA somewhat arbitrarily recognizes most abstract formulations of anxiety as Som4 (“nervous”, “tense”, etc.; see the list in the discussion of the Som modality decision tree).

B) If mental content, is imagery used?

By imagery we mean a metaphoric (or metonymic) figure of speech, that is, a form of mental content that involves iconic representations that serve figuration. The status of imagery is strictly descriptive and includes verbal contents on the basis of the presence of imagery. In other words, imagery does not refer to a metapsychological process such as the emergence of primary processes or the intervention of the imaginary. The latter processes are scored Ima only if they

contain imagery when they appear in speech. For instance, the content of a dream is scored Ima only when affects are reported in the form of imagery.

Imagery does not have to be flamboyant, full of imagination, or idiosyncratic to be scored Ima. In fact, spoken language is saturated with images and they are sometimes difficult to detect because they are so common. For instance, to “feel **close** to someone” or “be **comfortable** with someone” are formulations that hold images. Some of these images may be “dead metaphors” and don’t require creative work (or referential activity à la Bucci). Nevertheless, such expressions employ spatial or sensory metaphors.

Short list of common images

They are scored Ima if they refer to an affective mental content.

Physical metaphors: tense, stuck, strangled, suffocated, tore, under pressure, oppressed, pushed around, shoved, broken, fragile, hard, soft, tangled, used, destroyed, a disaster, to crumble, to explode, to break, to burst, to crack, to crash, to support, push forward, etc.

Spatial metaphors: close, distant, attracted, attached, detached, glued to, hooked on, tied to, to lean on, be in contact with, upside down, open, lost, up, down, uplifted, empty, hollow, to the ground, end of my rope, on the edge, closed, scattered, fallen, low, high, on a pedestal, it clicked, in a trap, dead end, etc.

Medical metaphors: dead, killed, sick, an attack, etc.

Sensory metaphors:

Taste: bitter, bad taste in mouth, sour, acid, sweet, spoiled, rotten, poisoned, etc.

Touch: comfortable, touched, struck, hot, boiling, cool, cold, icy, etc.

Vision: see red, blues, with pink glasses, darkness, black, blind, etc.

Character metaphors: a baby, a child, an angel, the devil, bitch, slut, etc.

If the presence of imagery is uncertain, use the “**dictionary method**”. The central idea is that certain words have a literal and a figurative meaning (figure of speech, metaphor, metonymy). A good dictionary will indicate when a word usage is figurative (fig.). These words are scored Ima if they refer to an affective mental content. However, for the majority of imagery words, the dictionary does not mention the figurative usage and it is not easy to determine whether the expression is sufficiently suffused with imagery. For example, when a participant says: “He’s such an idiot”, the primary meaning of the term “idiot” is (according to my Merriam-Webster Collegiate Dictionary): “a person affected with idiocy; a feeble-minded person having a mental age not exceeding three years and requiring complete custodial care”. The secondary meaning is: “a foolish or stupid person”. Both meanings are quite similar (lacking intelligence). Of course, one can imagine a village idiot but this interpretation is overly elaborated with imagination. Thus, the term “idiot” would be scored as literal, thus Ver. Same with the expression: “to hurt”. The primary meaning is: a) “To inflict with physical pain” or b) “To do substantial of material harm”. The second meaning is: a) “To cause emotional pain or anguish to”. Again, the second meaning is close to the first and should be seen as literal, thus Ver. Interestingly, the French word for “hurt” (blesser) is more closely related to physical harm and is considered an imagery. Thus, the figurative status of a word is not directly transferable from a language to another. This indicates that imagery is specific to linguistic “customs” and requires a good knowledge of a language (or vernacular) in order to be correctly identified. But familiarity with a language is no guaranty as the presence of imagery is more dimensional than categorical

and the decision to attribute imagery rests on the definition of boundaries that do not exist.

With this caveat in mind, the “dictionary method” can now be made more explicit. In order to attribute imagery with the “dictionary method”, the meaning of a word would have to be situated farther from the first, most literal, meaning. As a working (although somewhat arbitrary) operational cut-off point, we suggest the third (3rd) meaning. Thus, to be considered as a figurative usage, a word would have to be situated at the third position or above. For example, to “be hard on someone” easily fulfills this requirement. The primary meaning is: “Not easily penetrated, not yielding to pressure”. The psychological meanings appear at eight position: 8- a) “Difficult to bear or endure” or “Oppressive, inequitable”. Or 8-b) “Lacking consideration, compassion, or gentleness”. Thus, “hard” is a metaphor when describing an affect. The dictionary method is not to be taken literally (!) or used mechanically. It is to be used as a practical simplifying “trick” that is not infallible. Common sense should always take precedence.

Slang, popular, familiar, or unsophisticated expressions are not necessarily metaphors. For example: “Just for funnies” is derived from “fun” but is not imagery. “Be scurred” or “Be skurred” are also not imagery. A metaphor has to use an analogy. For instance: “Chicken out” is a metaphor (flee or walk like a chicken). By the same token, the use of a word in another language is not imagery if no metaphor is involved. Interjections, exclamations, swear words, curses often, but not always, involve imagery. Common examples of imagery are: “God”, “Shit”, “Fuck”, “Bitch”. Onomatopoeias are scored Ima as they are conceived as analogic representations of sensations, mostly sounds (they are not “digital” representations, with an arbitrary relationship to the signified). For example: “Slap”, “Bang”, etc.

As can be gathered from the structure of the decision tree, imagery has priority over the verbal modality. This means that the rater has to look for imagery before scoring Ver. This has to do with the raters’ tendency to “forget” taking into account imagery. Thus, whenever imagery is detected in an affective expression of a mental content, Ima is scored. If no imagery is found, the AU is scored Ver.

Important: somatic and motor actions that involve some imagery (“My heart was pounding”, “I was shaking like a leaf”) are not score Ima. They are scored Som or Mot. If you consider attributing an Ima score to such bodily manifestations, it is because you have forgotten to ask yourself: Do you have access to mental content?

C) If no mental content involved, what kind of bodily manifestation is it?

The rater has to determine if the affect is expressed through the “external” (Mot) or “internal” (Som) body. As a reminder, there is no access to mental content in Mot and Som, the affect is described “from the outside” (of subjectivity), by looking at the motor or somatic body.

Somatic vs motor actions

All bodily manifestations have a physiological basis. However, the bodily modalities are differentiated by their location on the body and by their level of control one has over them.

Motor: it principally refers to the voluntary muscular system, it is “behavior talk”. Voluntariness means not that the action is initiated deliberately, but rather that it can be stopped voluntarily. Some examples: to cry, laugh, sob.

Somatic: it involves the action of viscera or other internal structures of the autonomous nervous

system, it is “organ talk”. In principal, an individual cannot deliberately start or end this somatic action. This modality also includes somatic sensations, diseases, somatic lesions, functional perturbation of organs. Example of somatic actions: to vomit, sleep, have an erection, tremble, blush, breathe.

Level 4 somatic manifestations are sometimes difficult to recognize. Formulations such as: “I was aggressive” or “I was stressed” have more to do with abstract descriptions of ways of acting, attitudes, or patterns of physiological activation, than with the description of a mental state. The difficulty stems from the level abstraction of the description, typical of level 4 Mot and Som AU. This level of “appropriation” also makes the affect seem more “psychological” or subjective. One might object that being “stressed” is also a subjective state. We agree, but we argue that the quality of this subjective experience is highly somatized, that much of it rests on an observation of one’s manifestations of physiological arousal. This muddle of modalities is especially found in the expression of anxiety, with its strong activation component. In order to simplify the scoring process, the GEVA somewhat arbitrarily recognizes most abstract formulations of anxiety as Som4: nervous, tense, stressed, panicked, relaxed, calm, fatigued, excited, hyper. Conversely, anxiety will be scored Ver when someone is described as being: anxious, anguished, afraid, fearful, frightened, scared, terrified, upset, worried, etc. Again, these distinctions are somewhat arbitrary but they are made in order to simplify the scoring.

More specifically, the rater should determine if the bodily action is:

- a) A relational exchange, an affective interpersonal transaction. These are complex expressions that sometimes appear to involve a subjective state but suggest an interaction by the focus on being or doing something. For instance: “He was nice to me” (Mot4a+(aa)) or “We have a close relationship” (Mot4+(aa)). Note the difference between “We are close” (Ima4+(aa)) and “We have a close relationship”: the latter emphasizes the relationship and is thus scored Mot.
- b) A verbal behavior such as to scream, scold, or criticize. Here, we only have access to what the participant does while speaking, and not to the actual content of his thoughts or utterances. When described abstractly (level 4), the doing is less specific, it is more a way of being or an attitude. For instance: “I am critical towards her” (Mot4-(ca)), as opposed to “I told her what I really thought of her” (Mot2-(ca)) (but we don’t know what exactly), or “I ridiculed her” (Mot2-(ma)).
- c) A motor behavior, involving the voluntary muscular system (“I slapped him”; Mot1-(ca)), a behavior described abstractly as an attitude, a trait, a way of being (“I was hostile with him”; Mot4-(ca), or “I’m an aggressive person”; Mot4-(ca)). Also, include subjective experiences that are described “from the outside” or as a person looks like or appears (“He looked angry”; Mot4a-(ca)).

If none of these scenarios is applicable, the rater has to wonder if the expression should not be better understood as a somatic action. Activity of the internal-somatic body consists of the manifestations of the autonomous nervous, involuntary, visceral system. Such expressions of affect usually take the form of known patterns of somatic activation. More specifically, somatic sensations can be described abstractly (“I was stressed”; Som4-(p) or “nervous” or “tense”) or more concretely (“My heart was pounding”; Som2-(p), or “I was sweating”; Som2-(p)). Somatic actions are also scored Som (“I vomited all day”; Som1-(p), or “I was shaking”, Som2-(p)), so

are lesions or diseases (“My ulcer started bleeding again”; Som1-(p) (context of fear)), and bodily functional disturbances (“I was constipated”; Som1-(neg) (undifferentiated dysphoric context), or “I started having a headache”; Som1-(ca) (context of anger)).

As is apparent from examining the decision tree, if the precise nature of the somatic or motor activity is not identified, the “default” bodily modality is motor.

4) Identify the level of containment or abstraction.

Since the level of containment / abstraction differs according to each modality, use the decision trees associated with each individual modality while following the detailed instructions that follow. The general rule is: go through each step of a decision tree until you arrive at a score. **The first score found should be the right score:** do not go further.

Details for the verbal modality decision tree

Reminders:

Do you have access to a mental content? If yes, continue. If no, go to the initial decision tree.
Do you have imagery? If no, continue. If yes, go to the imagery modality.

The verbal expression should correspond to either one of these two scenarios:

A) An internal subjective experience ("I am angry") where an affect is labeled (emotion word), even if it is not differentiated ("I feel better").

B) A verbal mental content is used to express an affect without trying to describe or label it. For instance: a reproach ("You never talk"), an insult ("You're an idiot"), sarcasm or irony ("You actually can talk"), a criticism ("Your work is no good"), contempt ("You call this therapy?"), a menace ("See you in court"), a subjective action ("I blame myself"), a more direct verbal attacks ("Stop talking!"), or a qualification ("Super"). The qualification must not contain an emotion word ("It's disgusting"), which would place it in scenario A).

Choose the appropriate scenario (A or B) and follow the sequence of decisions as indicated in the decision tree.

Scenario A)

An affect is expressed in a reflexive way, that is, with an attempt to label it or to delineate its subjective contours. It receives a verbal representation, that is, an "objective" or literal description or "dictionary-like" description, using a common non-metaphoric vocabulary. Thus, the content of the affect must be addressed. The term used must not be necessarily exact or specific or sophisticated or differentiated; it can be a popular or undifferentiated label ("I didn't feel good").

Scénario A)

Un affect est exprimé en faisant référence à lui de façon réflexive, c'est-à-dire en le nommant ou en essayant d'en cerner les contours. De plus, il reçoit une description « objective », comme tirée du dictionnaire, associée à une compréhension rationnelle et un vocabulaire partagé. Donc, l'affect doit être obligatoirement abordé. Le terme utilisé n'est pas nécessairement recherché ou l'affect n'est pas nécessairement différencié; il peut s'agir d'un langage populaire ("Ça filait pas").

Affect explicite vs implicite

La plupart des affects de scénario A sont explicites, c'est-à-dire qu'ils sont associés à des représentations conscientes ou préconscientes puisqu'ils sont nommés. Cependant, certains affects sont des manifestations pathologiques d'affects explicites, à cause d'infiltrations d'affects implicites, un peu comme un deuil peut être pathologique à cause de complications liées à des excès d'agressivité. Ainsi, la dépression majeure peut être considérée comme une forme pathologique de la tristesse, compliquée par des conflits agressifs insolubles (hostilité tournée contre soi, etc.). Donc, en appliquant ces définitions rigoureusement, on devrait coter les formes

pathologiques du deuil et les dépressions majeures comme des affects implicites. Cependant, il est techniquement difficile d'appliquer ces définitions puisque les sujets emploient habituellement certains termes de façon générale. La dépression peut alors être un équivalent de la tristesse, la panique un synonyme d'angoisse, etc. Afin de faciliter la cotation, un affect nommé *ne sera pas* considéré implicite (un symptôme). Autrement dit, ces affects (déprimé, anxieux) seront cotés comme s'ils étaient explicites, donc de niveau 4.

Affect contrôlé vs non-contrôlé

Le manque de contrôle dans l'expression d'un affect est opérationnalisé par la présence d'un des critères suivants:

- 1) l'individu dit que l'expression d'un affect a été plus forte que lui ou donne des indices en ce sens;
- 2) l'individu manifeste des remords ou des regrets suite à l'expression d'un affect;
- 3) l'expression d'un affect entraîne des conséquences graves par ailleurs prévisibles;
- 4) l'intensité ou la forme de l'expression d'un affect n'est pas appropriée à la situation.

L'évaluation du niveau de contrôle requiert donc une certaine dose d'inférence, surtout pour le point 4) ou l'estimation de ce qui est approprié ou non. Sinon, c'est surtout l'excès dans l'expression de certaines formes d'affect approprié qui indique la présence d'un affect non-contrôlé. Par exemple, être triste tous les jours pendant des semaines, être triste à rien (point 1 - ne pas pouvoir s'empêcher d'être toujours triste), être triste à vouloir en mourir, vouloir se suicider. On le voit, certains affects non-contrôlés peuvent également être considérés comme comprenant une partie implicite (voir le commentaire sur les affects explicites et implicites).

Scénario B)

Pour cette forme de verbalisation, l'expression utilisée exprime l'affect directement, sans recul réflexif, sans parler de l'affect. Voir les exemples décrits plus hauts. Il faut donc d'abord s'assurer que l'expression affective ne contient pas de référence directe à l'affect, que ce dernier n'est pas nommé. Par exemple, un sujet qui dit "C'est dégoûtant" nomme l'affect (le dégoût) en parlant (scénario A), alors que s'il dit "C'est dégueulasse", l'affect n'est pas abordé directement, on sait seulement que le sujet est dégoûté par son jugement de valeur négatif, sans qu'il dise qu'il est dégoûté, ce qui est typique de la qualification, élément important du scénario B. Autre cas de figure est lorsque l'affect est exprimé indirectement dans les mots, comme lorsque quelqu'un dit "Maudit!" ou "Oh non, on va être en retard!" ou "C'est la plus belle fille que j'aie jamais vu": le sujet ne nomme pas sa colère ou son angoisse ou son admiration, il l'exprime directement en parlant, sans recul sur son expérience affective. Dans le cas de l'action verbale interne (se blâmer, se juger), le sujet se fait quelque chose plutôt que d'essayer d'aborder de son affect.

Affect explicite non-contrôlé

La plupart des affects de scénario B sont explicites, c'est-à-dire qu'ils sont associés à des représentations préconscientes surtout puisque l'expression affective est directement rattachable, avec un minimum d'inférence, à l'affect concerné (dire "Maudit!" lorsque le sujet est en colère; si on lui demande quel affect il vit, il répondrait facilement). Cependant, certains commentaires ou qualifications peuvent aller trop loin, donc manquer de contrôle, comme de dire à son patron qu'il est un idiot. Ici, c'est le point 3 des critères de non-contrôle qui s'applique: l'expression de

l'affect entraîne une conséquence grave par ailleurs prévisible.

Précisions pour l'arbre de la modalité Ima

S'assurer qu'il s'agit bien d'un contenu mental.

S'assurer que l'expression est bien imagée (voir le truc du dictionnaire si doute).

Aussi, voir à ce que la métaphore fasse partie intégrante de l'expression affective, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas se trouver n'importe où dans l'UA (le sujet ne doit pas imaginer à côté de l'affect). Par exemple: "J'aime ma moitié (épouse)" n'est pas coté Ima car l'affect (aimer) n'est pas métaphorisé même si la désignation de l'épouse l'est; "Je suis tombé en amour" ou "Je l'aime à la folie" sont des cas de figure intermédiaires et sont considérés comme des expressions métaphoriques puisque, même si amour n'est pas en soi imagé, les expressions globales sont des expressions affectives imagées; "J'ai eu le coup de foudre" est un exemple clair d'une expression imagée.

L'expression imagée devrait correspondre à l'un des deux scénarios suivants:

A) Description imagée d'une expérience subjective interne ("Je voyais rouge"; "J'étais détruit").

B) Expression directe d'un affect, sans le nommer, à l'aide d'un contenu imagé de la pensée, par exemple un reproche ("Arrête de fourrer le chien"), une insulte ("Espèce d'enculé"), un sarcasme ou de l'ironie ("C'est toujours agréable de converser avec une tombe"), une critique ("Il m'a dit que mon travail ne valait pas de la merde"), le mépris ("Elle était habillée comme la chienne à Jacques"), une menace ("Je t'arrange le portrait si tu dis un autre mot"), de l'humour tendancieux ("Je ne lui aurais pas fait mal"), un juron ("Sacrament"), une action verbale contre soi ("Je me suis tombé sur la tête"), ou toute autre attaque directe ("Va chier"). Sont aussi incluses les qualifications d'un événement extérieur ou intérieur ("C'est le pied"), exprimant ainsi indirectement un affect sans en évoquer l'éprouvé. Finalement, certaines actions imaginées seront cotées comme des images; elles prennent la forme de propositions conjuguées au conditionnel, dénotant un désir de faire quelque chose (contenu mental), et mettent en scène une action d'intensité excessive, ce qui renforce l'aspect métaphorique de l'expression ("Je l'aurais tué", "Je lui aurais arraché les yeux").

Choisir le scénario approprié (A ou B) et suivre l'enchaînement de décisions tel qu'indiqué dans l'arbre de décision.

Scénario A)

Un affect est exprimé en faisant référence à lui de façon réflexive, c'est-à-dire en le nommant ou en essayant d'en cerner les contours. De plus, il reçoit une description imagée, par l'utilisation d'une métaphore par exemple. Donc, l'affect doit être obligatoirement abordé. Il est plus difficile avec l'imagerie qu'avec la modalité verbale de bien déterminer si un état affectif est abordé, les images étant souvent beaucoup moins précises. Par exemple, "C'était les montagnes russes" ou "C'était l'enfer" est loin de décrire directement un état subjectif, mais on comprend

qu'il s'agit de la description de sentiments extrêmes dysphoriques et peu différenciés. Même chose pour : « Il était tout pour moi », « On se complétait ». Aussi, les images se rapportant au scénario A sont habituellement plus vivantes, plus habitées, plus personnelles que celles utilisées pour le scénario B, qui sont elles plus communes, plus « mortes », plus stéréotypées (scénario A: "Je bouillais", "Je me sentais petit"; scénario B: "Câlisse", "Je suis un trou de cul").

Affect contrôlé vs non-contrôlé

Le manque de contrôle dans l'expression d'un affect est opérationnalisé par la présence d'un des critères suivants:

- 1) l'individu dit que l'expression d'un affect a été plus forte que lui ou donne des indices en ce sens;
- 2) l'individu manifeste des remords ou des regrets suite à l'expression d'un affect;
- 3) l'expression d'un affect entraîne des conséquences graves par ailleurs prévisibles;
- 4) l'intensité ou la forme de l'expression d'un affect n'est pas appropriée à la situation.

L'évaluation du niveau de contrôle requiert donc une certaine dose d'inférence, surtout pour le point 4) ou l'estimation de ce qui est approprié ou non. Sinon, c'est surtout l'excès dans l'expression de certaines formes d'affect approprié qui indique la présence d'un affect non-contrôlé. Par exemple, être down tous les jours pendant des semaines, être down à rien (point 1 - ne pas pouvoir s'empêcher d'être toujours down), être down à vouloir en mourir, vouloir « mettre un point final » à sa vie. On le voit, certains affects non-contrôlés peuvent également être considérés comme comprenant une partie implicite (voir le commentaire sur les affects explicites et implicites).

Scénario B)

Pour cette forme d'imagerie, l'expression utilisée exprime l'affect directement, sans recul réflexif, sans parler de l'affect. Voir les exemples décrits plus hauts. Il faut donc d'abord s'assurer que l'expression affective ne contient pas de référence directe à l'affect, que ce dernier n'est pas nommé. Par exemple, un sujet qui dit "C'est chiant" ou « Ça fait chier » nomme l'affect (la colère) en parlant (scénario A), alors que s'il dit "C'est débile", l'affect n'est pas abordé directement, on sait seulement que le sujet est en colère par son jugement de valeur négatif, sans qu'il dise qu'il est en colère, ce qui est typique de la qualification, élément important du scénario B. Autre cas de figure est lorsque l'affect est exprimé indirectement dans les mots, comme lorsque quelqu'un dit "Merde!" ou "Oh non, il va nous tuer pour notre retard" ou "C'est tout un pétard": encore, le sujet ne nomme pas sa colère ou son angoisse ou son admiration, il l'exprime directement en parlant, sans recul sur son expérience affective. C'est aussi ce qui caractérise l'action verbale interne (se blâmer, se juger), où le sujet se fait quelque chose plutôt que d'essayer d'aborder de son affect.

Une forme spécifique d'imagerie mérite quelques commentaires. Il s'agit du sujet qui imagine faire ou recevoir une action exagérée. Par exemple, "Je lui aurais cassé la gueule" parle de la colère du sujet, sans la nommer ou la représenter directement, en mettant en scène une action imaginée qui dépasse largement les intentions du sujet. On voit également qu'il s'agit d'un désir, parce que conjugué au conditionnel, donc un contenu mental. À différencier des actions somatiques ou motrices **réelles**, même si décrites de façon exagérée ("Mon cœur me sortait de la

poitrine", "Je lui ai presque arraché le bras") qui sont cotées Som ou Mot.

Affect explicite non-contrôlé

La plupart des affects de scénario B sont explicites, c'est-à-dire qu'ils sont associés à des représentations préconscientes surtout puisque l'expression affective est directement rattachable, avec un minimum d'inférence, à l'affect concerné (dire "Maudit!" lorsque le sujet est en colère; si on lui demande quel affect il vit, il répondrait facilement en ce sens). Cependant, certains commentaires ou qualifications peuvent aller trop loin, donc manquer de contrôle, comme de dire à son patron qu'il est « un trou de cul ». Ici, c'est le point 3 des critères de non-contrôle qui s'applique: l'expression de l'affect entraîne une conséquence grave par ailleurs prévisible.

Attention : les actions somatiques et motrices (« trembler comme une feuille ») qui sont imagées ne sont pas cotées Ima; elles sont cotées Som ou Mot. Si vous songez à attribuer de l'imagerie à une manifestation affective corporelle, c'est que vous avez oublié de vous demander si vous aviez accès à un contenu mental...

Précisions pour l'arbre de la modalité Mot

S'assurer qu'il ne s'agit pas d'un contenu mental.

S'assurer que l'affect est exprimé par le corps moteur (« extérieur ») et non par le corps somatique (« intérieur » : expression d'un organe interne).

L'expression motrice devrait correspondre à l'une des formes suivantes :

Un échange relationnel complexe, une transaction interpersonnelle, une interaction affective, qui peut parfois suggérer un état interne mais qui se limite à la description, parfois abstraite, d'un comportement entre deux personnes ("Il a été gentil avec moi", "Je voulais attirer l'attention", "Nous avons une relation proche").

Un comportement verbal (crier, engueuler, critiquer: forme de l'expression et non son contenu) ou moteur (embrasser, frapper), soit décrit d'une façon abstraite comme un trait ou une attitude ("Je suis critique envers elle"; "Je suis agressif"), ou soit rapporté directement dans une description concrète des gestes effectués ("Je lui ai crié après"; "Je l'ai giflé"). Inclure également une description extérieure d'une expérience affective subjective ou somatique (avoir l'air de, sembler, paraître: "Il avait l'air en colère", "stressé").

Qu'il s'agisse d'interaction ou de comportement, la séquence des décisions de cotation est la même. Il n'y a donc qu'un seul « arbre de décision » pour la modalité motrice. Il faut d'abord décider si on a affaire à une formulation abstraite, en forme de façon d'être ou de trait, ou à une description concrète, implicite ou explicite, contrôlée ou non.

Arbre de décision

La motricité de l'interaction peut être plus difficile à saisir que celle du comportement car elle traite des échanges relationnels qui peuvent parfois paraître relever de l'expérience subjective. Cependant, lorsqu'on considère bien ce à quoi se réfère le sujet, on comprend qu'il parle de choses qu'il **fait** (ou a faites) avec quelqu'un d'autre. Par exemple, "On s'est chicanés" (Mot2-(ca)) implique un échange verbal entre deux protagonistes, sans que l'on ait accès au contenu (mental) des échanges (il s'agit donc de comportements verbaux dans l'interaction). Plus difficile est: "Je lui ai parlé et [ça a été la catastrophe]", où "catastrophe" est une façon imagée de parler d'une chicane (Mot4cg-(ca)) (c'est le contexte qui permet de déterminer ici que le participant parle d'une chicane; le contexte aurait pu aussi bien mener vers une expérience subjective – Ima4cg-(neg)).

Formulation abstraite, sous forme de « trait » ou de « façon d'être » ou d'attitude

La difficulté principale de la modalité motrice tient au niveau d'abstraction utilisé pour la description des comportements. Il s'agit pourtant d'un point important puisqu'il est à la base de la différenciation des niveaux de contenance 3 et 4 du niveau 2. Le problème mérite donc d'être abordé en détails. Un comportement peut être rapporté par la description littéraire, « graphique » ou concrète de gestes précis. Par exemple: "Je l'ai embrassée sur la joue" est une formulation sans ambiguïté et il est facile de se représenter la scène de l'action. À un niveau d'abstraction plus élevé, une personne peut se décrire de la sorte: "Je suis une personne tendre". Il est alors plus

difficile de se faire une image de l'action puisque l'expression utilisée pour la traduire englobe ou résume en fait une quantité d'actions possibles: être tendre inclut le fait d'embrasser sur la joue, de dire des paroles douces, d'être gentil, etc. En gagnant en abstraction, la description d'une activité motrice gagne également en mentalisation, c'est-à-dire qu'elle prend un caractère qui la rapproche d'une expérience mentale subjective. Ainsi, des formulations du type: "Je suis une personne aimante", "gentille", "agressive", pourraient être considérées comme la description d'un état interne si ce n'était qu'elles ont tendance à se référer à des choses faites, à des actions effectuées. Elles sont typiques de ce qui est considéré comme une expression motrice appropriée, de niveau 4, puisque l'affect est alors plus « psychisé » ou mentalisé. Il n'est pas toujours évident d'évaluer le niveau d'abstraction d'une formulation puisqu'il peut être difficile de se représenter précisément certaines actions affectives pourtant concrètes.

Afin de simplifier le problème, les expressions motrices abstraites incluent souvent le verbe « **être** » (et les autres verbes d'état: paraître, sembler, devenir, rester, demeurer; aussi: avoir l'air) afin mettre en évidence une attitude, une façon d'être ou une description en terme de trait qui s'éloigne donc de la description de l'action directe ou concrète. Ces formulations sont donc opposées à celles qui impliquent le « faire » ou « l'avoir ». Cette façon de procéder a l'avantage d'être facile à appliquer, bien qu'elle ne tienne pas toujours compte de la complexité du discours dans la description d'actions abstraites.

Affect explicite vs implicite

Le même commentaire que pour les autres modalités s'applique pour la distinction entre affect explicite et implicite. Ainsi, la dépression majeure peut être considérée comme une forme pathologique de la tristesse, compliquée par des conflits agressifs insolubles (hostilité tournée contre soi, etc.). Donc, en appliquant ces définitions rigoureusement, on devrait coter les formes pathologiques du deuil et les dépressions majeures comme des affects implicites. Cependant, il est techniquement difficile d'appliquer ces définitions puisque les sujets emploient souvent certains termes de façon générale. La dépression est donc considérée comme un équivalent de la tristesse, la panique un synonyme d'angoisse, etc. Cependant, coter le niveau 1 plutôt que le 4 lorsque l'expérience, même si formulée de façon abstraite et appropriée (verbe être), réfère à des symptômes clairement non-émotionnels. C'est le cas des symptômes moteurs des troubles affectifs et anxieux : comme souffrir d'agitation...

Affect contrôlé vs non-contrôlé

Le manque de contrôle dans l'expression d'un affect est opérationnalisé par la présence d'un des critères suivants:

- 1) l'individu dit que l'expression d'un affect a été plus forte que lui ou donne des indices en ce sens;
- 2) l'individu manifeste des remords ou des regrets suite à l'expression d'un affect;
- 3) l'expression d'un affect entraîne des conséquences graves par ailleurs prévisibles;
- 4) l'intensité ou la forme de l'expression d'un affect n'est pas appropriée à la situation.

L'évaluation du niveau de contrôle requiert donc une certaine dose d'inférence, surtout pour le point 4) ou l'estimation de ce qui est approprié ou non. Par exemple, on pourra considérer que de frapper son enfant n'est pas approprié, alors que le taper pourrait l'être (encore, le contexte

est très précieux pour faire la différence). Sinon, c'est surtout l'excès dans l'expression de certaines formes d'affect approprié qui indique la présence d'un affect non-contrôlé. Par exemple, être suicidaire ou être violent.

Difficultés liées à la modalité Motrice

Plusieurs situations qui rendent difficiles le choix du canal peuvent subvenir. En voici quelques unes.

État interne ou sentiment (Ver) vs apparence d'état interne (Mot): lorsqu'un état interne est décrit de l'extérieur, par des expressions comme: avoir l'air, sembler, paraître, nous postulons que celui-ci est inféré à partir des comportements de la personne décrite (son expression faciale, sa posture, le ton de sa voix, ses actions verbales ou motrices, etc.); il est donc préférablement coté Mot. Le niveau est habituellement celui de l'appropriation à cause de la description abstraite de l'attitude ou de la façon d'être que cela implique ("Il avait l'air fâché" (Mot4a-(ca)): voir commentaires sur le niveau d'abstraction).

État interne ou sentiment (Ver, Ima) vs relation ou interaction (Mot): par exemple l'amitié, la proximité. Règle: s'il n'y a pas d'indice de l'intervention du corps (l'amitié est aussi un ensemble d'interactions), coter Ver, comme s'il s'agissait d'un état subjectif. Ex. : "C'est mon meilleur ami", Ver4+(aa); "Nous sommes très proches", Ima4+(aa).

Attaques contre soi: les attaques interpersonnelles sont habituellement cotées Mot. Lorsqu'un sujet se fait subir une attaque verbale (se chicane, se critique, se juge), il ne s'agit pas vraiment d'une interaction mais plutôt d'un conflit intrapsychique. Coter Ver ou Ima pour désigner le processus mental ("Je n'arrête pas de me blâmer pour ce qui est arrivé", Ver2-(cs), "Je me tombe sur la tête depuis hier", Ima2-(cs).

Par contre, un sujet qui s'inflige une action motrice (se couper, essayer de se suicider) reçoit une cote Mot puisqu'il s'agit toujours d'une action motrice, même si à la première personne : "Je me suis brûlé exprès en lui parlant au téléphone", Mot1-(cs).

Action verbale interne dans la relation: Certaines actions verbales interpersonnelles n'impliquent pas de comportement moteur ou d'attitude, elles sont le résultat de processus mentaux qui restent **privés**. Puisqu'il n'y a donc pas de manifestation motrice, l'action mentale est cotée Ver. Par exemple: juger, blâmer, condamner. Par contre, si des indices font penser que l'action est publique, manifeste, coter Mot.

Précisions pour l'arbre de la modalité Som

S'assurer qu'il ne s'agit pas d'un contenu mental.

S'assurer que l'affect est exprimé par le corps somatique (« intérieur », expression d'un organe interne) et non par le corps moteur (« extérieur »).

L'expression somatique devrait correspondre à l'un des trois scénarios suivants:

A) la description d'un état interne d'activation ("Mon coeur battait", "J'étais stressé");

B) une action somatique manifeste ("J'ai vomi toute la soirée", "J'en tremblais") ou un symptôme ("Je n'ai pas dormi de la nuit", "J'ai eu une crise de panique");

C) un trouble physique fonctionnel ou lésionnel ou une maladie ("J'avais mal à la tête", "J'ai développé une allergie") ou une sensation qui y est rattachée ("J'ai senti un malaise").

Choisir le scénario approprié (A, B ou C) et suivre l'enchaînement de décisions tel qu'indiqué dans l'arbre de décision.

Scénario A)

L'activité somatique comprise dans le scénario A se limite à des patterns d'activation physiologiques. En d'autres termes, il s'agit des signes physiques qui accompagnent habituellement l'activation d'émotions primaires et secondaires. Par émotions primaires et secondaires on entend le registre des émotions « normales », non-symptomatiques, même si intenses (colère, tristesse, peur, etc.). Toutes les autres manifestations physiologiques sont exclues (et adressées par les scénarios B et C). Le scénario A n'inclura donc pas les émotions-symptômes ou les maladies ou troubles physiques. Par exemple, le fait d'être agité ou de ne plus dormir sont des symptômes de la dépression et ne sont pas des « accompagnateurs » physiologiques naturels de l'émotion de tristesse. Une bonne connaissance des écrits sur les émotions de base et sur les troubles de l'humeur peuvent aider à faire des distinctions importantes (pour s'aider, voir le manuel de la MICA).

Formulation abstraite

Une difficulté de la modalité somatique tient au niveau d'abstraction utilisé pour la description des manifestations physiologiques. Il s'agit pourtant d'un point important puisqu'il est à la base de la différenciation des niveaux de contenance 3 et 4 du niveau 2. Le problème mérite donc d'être abordé en détails. Un pattern d'activation somatique peut être rapporté par la description localisée dans un organe, sensorielle, de sensations physiques. Par exemple: "Mon coeur battait très fort" est une formulation sans ambiguïté et il est facile de se représenter l'organe et la sensation. À un niveau d'abstraction plus élevé, une personne peut se décrire de la sorte: "Je suis nerveux". Il est alors plus difficile de se faire une image de la sensation physiologique puisque l'expression utilisée pour la traduire englobe ou résume en fait une quantité de manifestations possibles: tension physique, transpiration, battements cardiaques, etc.

En gagnant en abstraction, la description d'une activation physiologique gagne également en mentalisation, c'est-à-dire qu'elle prend un caractère qui la rapproche d'une expérience mentale subjective. Ainsi, des formulations du type: "Je suis une personne stressée", "tendue", "relaxe", pourraient être considérées comme la description d'un état interne si ce n'était qu'elles ont tendance à se référer à des sensations physiques, à des actions somatiques résumées. Elles sont typiques de ce qui est considéré comme une expression somatique appropriée, de niveau 4, puisque l'affect est alors plus « psychisé » ou mentalisé. Il n'est pas toujours évident d'évaluer le niveau d'abstraction d'une formulation puisqu'il peut être difficile de se représenter précisément certaines activations affectives pourtant directes.

Afin de simplifier le problème, les descriptions somatiques abstraites de patterns d'activation habituellement utilisées sont répertoriées plus bas. Nous ne pouvons nous fier au verbe « être » car une personne peut affirmer: "Je stresse", ce qui semble lié au « faire » mais en demeurant abstrait (désensorialisé, délocalisé). Aussi, le « paraître » et le « avoir l'air » renvoient à une appréciation des comportements moteurs ou visibles d'une personne (plutôt qu'à une sensation ou une action somatique) et seront donc cotés Mot. Les principales expressions abstraites visant à décrire un pattern d'activation physiologique sont: être relax, calme, détendu, fatigué, excité, stressé, énervé, nerveux, paniqué, tendu (anxieux et angoissé sont cotés Ver). Bien sûr, ces expressions frôlent le psychique mais, plutôt que d'avoir à décider en fonction du contexte, pas toujours aidant, donc afin d'éliminer l'ambiguïté pour la cotation, il a été décidé qu'elles sont des « résumés » de sensations physiologiques.

Affect explicite vs implicite

Le même commentaire que pour les autres modalités s'applique pour la distinction entre affect explicite et implicite. Ainsi, la dépression majeure peut être considérée comme une forme pathologique de la tristesse, compliquée par des conflits agressifs insolubles (hostilité tournée contre soi, etc.). Donc, en appliquant ces définitions rigoureusement, on devrait coter les formes pathologiques du deuil et les dépressions majeures comme des affects implicites. Cependant, il est techniquement difficile d'appliquer ces définitions puisque les sujets emploient souvent certains termes de façon générale. La dépression est donc considérée comme un équivalent de la tristesse, la panique un synonyme d'angoisse, etc. Cependant, coter le niveau 1 plutôt que le 4 lorsque l'expérience, même si formulée de façon abstraite et appropriée (verbe être), réfère à des symptômes clairement non-émotionnels. C'est le cas des symptômes somatiques des troubles affectifs et anxieux : comme souffrir de problèmes de sommeil, de fatigue, de manque d'énergie, avoir l'impression de faire une crise cardiaque...

Affect contrôlé vs non-contrôlé

Le manque de contrôle dans l'expression d'un affect est opérationnalisé par la présence d'un des critères suivants:

- 1) l'individu dit que l'expression d'un affect a été plus forte que lui ou donne des indices en ce sens;
- 2) l'individu manifeste des remords ou des regrets suite à l'expression d'un affect;
- 3) l'expression d'un affect entraîne des conséquences graves par ailleurs prévisibles;
- 4) l'intensité ou la forme de l'expression d'un affect n'est pas appropriée à la situation.

L'évaluation du niveau de contrôle requiert donc une certaine dose d'inférence. Pour les modalités somatique, c'est surtout l'excès dans l'expression de certaines formes d'affect approprié qui indique la présence d'un affect non-contrôlé. Par exemple, ne pas s'empêcher de trembler.

Scénario B)

L'action somatique peut être difficile à différencier de l'action motrice. Se fier aux nuances suivantes pour s'aider à décider. Si l'action se rapporte davantage au système musculaire volontaire, il s'agit plutôt du canal moteur (corps externe-moteur: voir la modalité motrice): par exemple, pleurer, rire, sangloter, même si une activation physiologique est sous-jacente. S'il s'agit du corps somatique incluant les manifestations du système nerveux autonome, non-volontaire, viscéral, le canal est somatique (corps interne-somatique). Des actes « physiologiques » tels que: vomir, dormir, bander, trembler, rougir, respirer, etc., sont cotés comme des actions somatiques (canal Som).

Les symptômes ne sont pas des manifestations naturelles d'une activation physiologique affective, elles sont une sorte de maladie somatique de l'affect. C'est le cas des symptômes somatiques de troubles affectifs, comme souffrir de problèmes de sommeil ou d'une agitation associés à un trouble anxieux ou dépressif.

Scénario C)

L'identification d'un trouble fonctionnel somatique, d'une lésion ou d'une maladie est assez aisée. Un trouble fonctionnel est un organe qui fonctionne mal: c'est le cas d'une constipation, d'un mal de tête, etc.; une lésion indique qu'un organe est endommagé: il peut s'agir d'un ulcère d'estomac par exemple; une maladie est plus organisée qu'une simple lésion et peut aller du simple rhume à un cancer généralisé. Les manifestations du scénario C comprennent donc des symptômes physiques qui n'ont aucun rapport direct avec l'activation physiologique qui accompagne spontanément les émotions. Il s'agit de « problèmes physiques » qui sont associés à un affect par le sujet lui-même grâce aux règles suivantes. Dans le discours, une des situations suivantes devra être identifiée: a) la sensation somatique arrive en réponse à une question qui réfère à un état affectif ("Comment vous êtes-vous senti à ce moment?"); b) la sensation somatique paraphrase la description d'une expérience émotionnelle interne ("J'avais peur, le cœur me débattait"); c) une sensation somatique est associée à un autre affect ou à une hypothèse de sens par un lien de signification ("J'avais mal à la tête parce que je réprimais ma colère"); d) une sensation somatique est reliée à un événement important, interne ou externe ("Mes ulcères ont commencé quand j'ai perdu mon emploi").

Decision tree for supplementary scores

Ask yourself all the following questions:

Who?

Who's affect is it? If it's **someone else's**, score « a ».

How?

How is the affect treated?

→ With the construction of **meaning**, score « s ».

→ As a **generalization**, score « g ».

→ As provoked by an **external cause**, score « c ».

→ As a **pronominal form** (affect replaced by a pronoun), score « p ».

Special cases:

For **non-verbal behavior**, score « nv » (no GEVA score).

Cotes supplémentaires

Procédures de cotation détaillées

Précisions pour l'arbre des cotes supplémentaires

Certaines UA ne reçoivent pas de cote supplémentaire. De façon générale, **on cote ce que l'on voit**.

La cotation GÉVA s'effectue toujours de façon indépendante des cotes supplémentaires (sauf pour la cote « a » qui oriente le processus de décision). Ces dernières sont ajoutées à la cotation GÉVA.

Plusieurs cotes supplémentaires peuvent être attribuées à une même unité affective. Par exemple: Mot2ad-(ca), Ver4cgp+(aa). Ainsi, plusieurs cotes de niveau 3 peuvent être attribuées à une même UA (« c », « g », « p ») ou une cote de niveau 3 peut être jointe à une cote de signification (« s », niveau 5). La seule exception est que la cote non-verbale (« nv ») ne reçoit pas d'autres cotes. Cependant, la cote « nv » n'est pas une cote GÉVA en soi et le chercheur devra déterminer s'il l'inclut dans le processus de cotation.

Le format de la cotation écrite devrait ressembler à ce qui suit: cote GÉVA en commençant par la modalité suivie ensuite du niveau de contenance, cote(s) supplémentaire(s) (si nécessaire, par ordre alphabétique), valence, cote MICA (entre parenthèses). Exemples: Ver4g-(t), Ver4+(aa), Mot2acg-(cs), Ima2s-(ma), etc.

Les niveaux 3 et 5 font partie du modèle théorique mais sont absents du processus de cotation manifeste, requérant un « assemblage » après la cotation proprement dite. Le niveau 3 est un niveau 4 accompagné des cotes supplémentaires « c », « g » et « p »; le niveau 5 est attribué à une UA comprenant la cote supplémentaire « s », quelque soit le niveau. La cote « s » a préséance sur les cotes de niveau 3.

Plusieurs autres cotes supplémentaires peuvent être ajoutées selon les besoins du chercheur. Les cotes « d » pour discours rapporté, « i » pour ici-et-maintenant, « f » pour fantasme, « m » pour action motrice/somatique métaphorisée, « r » pour contenu de rêve, « t » pour transfert, étaient cotées dans les premières versions du manuel. Elles avaient pour but à l'époque de répondre à des questions de recherche : le discours rapporté est-il moins mentalisé, l'imagerie dans la description du comportement est-elle un signe d'une meilleure mentalisation, l'affect exprimé dans l'ici-et-maintenant ou dans le transfert est-il un meilleur indicateur du niveau de mentalisation, etc.? Elles ont finalement été abandonnées parce qu'elles complexifient un processus déjà suffisamment complexe.

Cotes supplémentaires

« a » Affect attribué à l'autre

Il s'agit de savoir ici à qui est l'affect, quel est le lieu où se vit l'affect: chez le sujet qui parle ou chez quelqu'un d'autre. Cette cote est donnée si l'affect appartient à quelqu'un d'autre que le sujet qui parle, qui que soit cette autre personne. Habituellement, le fait de se demander "À qui est

l'affect?" permet de décider si on attribue la cote « a » ou non.

Il est toujours possible de savoir à qui est l'affect, même si ce dernier est généralisé à personne en particulier (cote « g »). Le risque, avec la généralisation, est de croire que puisque l'affect n'est pas approprié par une personne en particulier, il est à personne. Ceci est faux car on peut décider que l'affect est au sujet qui parle ou à quelqu'un d'autre même avec un affect généralisé: la question de l'appropriation est distincte de celle de l'attribution. Ainsi, la généralisation peut porter sur un affect vécu par le sujet ("La tristesse -du sujet- est une émotion normale", Ver4g-(t)) ou par d'autres (une femme parle: "Les hommes ne pensent qu'au cul", Mot2ag+(sex)).

Une difficulté supplémentaire vient lorsque le discours d'une autre personne parlant de l'affect du sujet est rapporté: "Mon médecin m'a dit que j'étais déprimé", "Mon médecin m'a demandé: quel type de peur avez-vous?". Ces situations complexifient un peu la décision à savoir à qui attribuer l'affect par un chassé-croisé d'interlocuteurs. Cependant, en se demandant simplement "À qui est l'affect", on arrive à résoudre le problème assez facilement. Dans l'exemple cité, l'affect appartient au sujet qui parle (donc, pas de « a »).

Finalement, lorsqu'il y a une qualification, l'affect appartient à celui qui qualifie (qui est donc en colère et en proie au mépris), et non à celui qui est visé par le jugement de valeur: "Il est idiot" Ver2-(ma).

« c » Causalité extérieure

La causalité extérieure implique que quelqu'un ou quelque chose provoque l'affect ou que l'affect soit la conséquence d'un événement, de l'action d'une autre personne. L'expression typique ressemble à: "Ça m'a fait x" ("Ça m'a rendu triste" (Ver4c-(t))). Cependant, d'autres formulations peuvent être utilisées ("Il m'a mis en colère" (Ver4c-(ca)): l'important est qu'on sache que l'affect est provoqué. La « cause » peut être éloignée de l'UA, c'est pourquoi il faut lire plus large que l'unité pour connaître le contexte.

Aussi, la causalité doit être explicitement abordée par le participant, les mots qu'il utilise doivent signaler la causalité. Par exemple, dans l'unité "Je suis triste" (depuis qu'il est parti), le participant établit un lien entre un événement extérieur et le début d'une expérience affective par le « depuis ». Ceci est différent de : (Il est parti.) "Je suis triste", où les éléments de la phrase ne sont que juxtaposés, la causalité n'est pas établie explicitement. La causalité n'a pas à être désignée par un « à cause de », comme dans le dernier exemple.

La **cause** d'un affect est différente de l'**objet** de l'affect. Ainsi, dire "Ça m'a mis en colère" est différent de "Je suis en colère pour ça". Dans le premier cas, la colère semble provoquée alors que dans le second, la chose en question semble être l'objet de la colère, ce à quoi la colère se rapporte. Dans le cas où l'on parle de l'objet de l'affect, ce dernier est plus approprié et reçoit une cote de niveau 4.

On peut distinguer quelques scénarios typiques de causalité extérieure :

A) *L'affect est directement provoqué par une autre personne* : "Je lui ai fait peur" ou "il m'a fait peur".

B) *Un événement provoque directement un affect* : "Le mariage m'a touché", "Ça m'a fait de la peine".

C) *Des circonstances provoquent un affect mais le lien est formulé moins directement* : "Lorsque mes parents sont là, [il devient timide]". Ce scénario est plus difficile à identifier parce que la causalité est souvent énoncée à l'extérieur de l'UA.

Pour être considérée comme une causalité extérieure, il faut que l'événement causal ne soit pas psychique. Des sources de causalité extérieure non-psychiques sont : la maladie du sujet, l'alcool, la médication (sources somatiques) : "Mon ulcère me rend anxieux"; des actions du sujet (sources motrices) : "Ça m'a déprimé de travailler toute la journée". Lorsqu'un affect, une idée, un fantasme, etc., cause un autre affect, il n'y a pas attribution de cote « c », et pas obligatoirement non plus de cote « s » (il faut une explication: voir cette cote). Voir également la discussion de la causalité dans la cote « s ».

« g » Généralisation

Pour la cote « g », l'affect est généralisé, c'est-à-dire qu'il est présenté comme s'il était un état généralisable à d'autres personnes ou à d'autres circonstances, sans être approprié par le sujet. L'appropriation est manifeste par l'utilisation d'un pronom personnel (je, me, moi, nous, tu, te, toi, vous, il, etc.) en quelque part dans l'UA, attestant donc qu'il est attribué à une personne, ou un groupe de personnes, en particulier. Par exemple: "Le coup de poing est parti tout seul" Mot1g-(ca), "C'est normal d'être en colère" Ver4g-(ca), "Il ne faut pas grimper dans les rideaux" Ima4ag-(p), "Les hommes sont tous des cochons" Ima2g-(ma).

Ne pas coter « g »: 1) Lorsqu'il s'agit d'une généralisation personnalisée: "Je suis une personne aimante" (Ver4+(aa)). 2) Lorsque l'UA est abrégée. Par exemple quand le sujet répond à une question: T: "Vous avez senti quoi?" S: "De la colère" (Ver4-(ca)); ou quand le pronom est implicite mais non-dit (surtout en anglais): "La raison de mon départ? [Besoin d'argent] (Ver4+(de))".

Une difficulté survient lorsqu'on a affaire à des UA morcelées parce qu'elles proviennent d'une phrase qui contient plusieurs affects. Il peut alors être difficile de déterminer si l'affect est approprié par le sujet ou s'il est généralisé. Si une UA contient un article défini (le, la, l', les), l'affect n'est pas approprié; si une UA est la poursuite directe de l'UA qui précède ou si elle contient un pronom personnel, l'affect est approprié. Par exemple: "[J'aime] [me battre]" (approprié), "[J'aime] [les batailles]" (généralisé); "[J'aime] [baiser]" (approprié), "[J'aime] [la baise]" (généralisé), "[J'aime] [quand je baise]" (approprié); "[J'aime] [être séducteur]" (approprié), "[J'aime] [la séduction]" (généralisé).

Une autre difficulté est associée aux impulsions modulées (niveau 2). La plupart de ces formulations sont d'apparence généralisée. Il ne faut pas confondre la non-appropriation qui est l'essence de l'impulsion (absence de réflexivité, affect pas abordé), de celle qui caractérise les niveaux de la réflexivité (absence de « Je », affect abordé) qui inclut l'affect nommé ("C'est normal d'être triste" (Ver4g-(t)). Pour qu'un contenu mental de niveau 2 reçoive une cote « g », en plus du fait que l'affect ne soit pas évoqué directement ("C'est beau", "Il est débile"), il faut qu'il y ait une construction verbale qui souligne son caractère généralisé: "Les hommes sont

imbéciles" (Ver2g-(ma)).

Ce dernier problème, peut-être inutilement pointu, peut être contourné en ne cotant la généralisation que pour les unités de niveau 4. En effet, la raison d'être des cotes « g » (et « c » ou « p ») est de fonder le niveau 3, littéralement un niveau 4 extériorisé. Si le chercheur ne s'intéresse pas aux différents processus d'extériorisation, qui peuvent s'appliquer à toutes les UA, il peut choisir de ne coter les cotes supplémentaires « c », « g » et « p » que pour les unités de niveau 4.

« p » Forme pronominale

La cote « p » est attribuée à une UA dont l'affect est désigné par un pronom démonstratif ou un pronom personnel. Par exemple: "Ça été quelque chose", le Ça désignant une dispute; "Il l'a fait", le l' remplaçant l'acte sexuel.

Il est donc nécessaire d'avoir lu autour de l'UA pour savoir à quoi réfère le pronom.

Lorsqu'une cote « p » est attribuée, toutes les cotes supplémentaires accordées à l'UA qui est remplacée viennent s'ajouter à l'unité pronominale. De façon générale, **tout** est transféré lorsqu'il y a cote pronominale (eva, aff, ica, sup), en autant que cela s'applique au contexte de la nouvelle UA. Par exemple, si un sujet reprend à son compte une expression verbalisée par le thérapeute, la cote « a » ne sera pas attribuée au discours du sujet : T : Vous étiez triste?, Ver4a-(t). P : Oui, quelque chose comme ça, Ver4p-(t). De même, si l'UA originale était généralisée et que la nouvelle UA ne l'est plus, la cote « g » n'est pas répétée, etc.

« s » Signification, mise en sens

Pour la cote « s », un affect est associé à une hypothèse de sens qui fait que sa présence est compréhensible (niveau 5 théorique). Ce lien doit être explicite: il faut retrouver dans le texte des indices montrant que le sujet établit ce lien activement. Par exemple, des formules telles que « parce que », « à cause de » sont des signes manifestes, et non la simple proximité dans le texte d'un affect et d'une idée. Cependant, ces expressions ne sont pas obligatoires. Par exemple, un thérapeute peut dire: "[L'apparition de vos maux de tête] (Som1as-(ca)) est un signe que [vous réprimez votre colère] (Ver4as-(ca))", ce qui est une hypothèse de sens évidente et qui n'inclut pas de « parce que » ou de « à cause de ». Plus qu'une simple formulation abstraite, il y a donc **explication** du pourquoi de l'affect et cette explication doit être clairement exposée. Il faut donc plus qu'une juxtaposition d'idées. Par exemple, dans le commentaire du thérapeute: "Lorsque [vous vous sentez plus proche] (Ima4a+(aa)), vous avez l'impression que [vous ne pouvez plus vivre sans lui] (Ima4a+(aa))", deux idées sont rapprochées mais on ne sait pas pourquoi le sujet sent qu'il ne peut plus vivre sans son conjoint. Cet extrait ne serait pas coté « s ».

Les deux exemples ci-dessus mettent en évidence la caractéristique essentielle du « sens » abordé par le niveau 5 : l'explication doit se trouver à un niveau logique supérieur à la présentation de l'affect dans le texte. L'explication doit dépasser le niveau de la synonymie, elle doit se trouver à un niveau d'abstraction supérieur au niveau de formulation de l'expression affective, en faisant intervenir des processus psychologiques différents de l'affect par exemple, comme des mécanismes de régulation émotionnelle, de défense, etc. Par exemple: "[Je suis fâché] (Ver4-

(ca)) parce que [je suis frustré] (Ver4-(ca))" n'explique pas grand chose et implique des formulations interchangeables dont une ne dépasse pas le niveau de complexité de l'autre. Par contre, "[Je suis fâché] (Ver4s-(ca)) parce que [je me sens abandonné] (Ver4s-(t))" implique deux types d'affect, dont un constitue implicitement une formation défensive par rapport à l'autre. Le lien de signification n'a pas besoin d'être très « profond » pour être coté « s », il doit seulement inscrire l'affect dans le reste du fonctionnement psychologique. En termes de langage associé aux interventions en psychothérapie, l'interprétation produit généralement de la signification, alors que la clarification ou la confrontation n'en produisent pas (évidemment, un participant peut « s'interpréter » par lui-même).

Le lien de signification est à différencier du lien de causalité. Ce dernier se rapporte au monde des choses et il justifie (rationalise) la présence d'un état affectif plutôt qu'il ne l'explique. La causalité se reconnaît par l'attribution d'un lien de cause à effet entre un événement extérieur et un affect. Par événement extérieur, il est question ici d'un fait extérieur indépendant de l'action du sujet: mort d'un proche, perte d'un emploi, accident, etc. Le dernier exemple plus haut ne serait pas coté « c » car la causalité se rapporte à des expériences internes (se sentir proche) et non à des événements extérieurs.

Toutes les UA incluses dans la présentation de l'hypothèse de sens reçoivent une cote supplémentaire « s » (voir les exemples plus haut). Le chercheur qui ne travaille pas avec un matériel de psychothérapie psychanalytique peut songer à ne pas inclure la signification dans la cotation puisqu'elle est très rarement observable dans d'autres types de matériel verbal.

« nv » Comportement non-verbal

Il s'agit simplement d'indiquer la présence de comportements affectifs non-verbaux qui sont inclus dans la transcription des entrevues. Par exemple: (rire), (pleurs), (frappe sur la table), etc. Ne pas inclure des comportements dont on n'est pas sûr de la valeur affective. Par exemple: (soupir). Cette cote est « extérieure » à la GÉVA qui se concentre sur l'élaboration verbale de l'affect. C'est pourquoi les UA non-verbales ne recevront pas d'autres cotes, sauf la cote de valence affective ((pleure) nv-).

La Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs (MICA)

Manuel de cotation¹
Version 3 (juin 2013)

© Serge Lecours, juin 2013

¹ Ce manuel a été conçu au cours d'activités postdoctorales dirigées par J. C. Perry dans le cadre du Douglas Utting Fellowship for Studies on Depression, Hôpital Juif de Montréal. L'auteur remercie la famille Utting pour sa générosité. L'auteur tient également à remercier les premiers coteurs de la MICA, François Desruisseaux et Marie-Hélène Niquet, pour leur bienveillante vigilance qui a contribué à améliorer ce manuel.

Table des matières

Introduction	3
Bases théoriques de la MICA	3
La Mesure pour l'Identifications des Contenus Affectifs	
Intérêt.....	5
Indifférence-ennui	6
Surprise.....	7
Joie.....	7
Tristesse.....	8
Désir	10
Amour-autre	10
Amour-soi.....	11
Sexe	12
Colère-autre	12
Colère-soi	14
Dégoût-autre.....	14
Dégoût-soi.....	15
Mépris-autre	16
Mépris-soi.....	17
Admiration-autre	18
Admiration-soi.....	18
Peur.....	19
Calme.....	20
Honte-timidité	20
Culpabilité	22
Impuissance	23
Négatif	23
Positif.....	24
Procédure de cotation	
Valence affective.....	25
Contenu affectif.....	25
Difficultés	27
Aide-mémoire de cotation pour la valence et la MICA.....	30

Introduction

La Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs (MICA) complète la Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (GÉVA). L'utilisation conjointe des deux instruments permet en effet de préciser l'analyse de sorte qu'il devient possible d'évaluer le niveau de mentalisation présenté par des affects distincts. La section de la MICA vise donc à préciser les instructions menant à l'identification des contenus affectifs dans le discours émotionnel tel que segmenté par la GÉVA (unités affectives). Elle est construite en 4 parties:

- 1) d'abord, un bref survol des éléments théoriques qui sous-tendent la MICA est brossé;
- 2) ensuite, l'explicitation de la MICA, c'est-à-dire la définition des affects choisis pour l'identification des contenus affectifs proprement dite constitue la part principale du manuel;
- 3) vient ensuite les règles et procédures de cotation pour l'identification de la valence ainsi que du contenu de l'unité affective;
- 4) finalement, une version abrégée des définitions des catégories de valence et de contenu des affects, servant d'aide mémoire aux coteurs formés à la MICA, est fournie.

Bases théoriques de la MICA

Les bases théoriques qui sous-tendent la MICA reposent sur une conception de l'affectivité largement inspirée des travaux de Izard.

Chez l'être humain, les éléments primaires de motivation sont les pulsions (drives) et les émotions. Les pulsions peuvent être définies comme étant des états de "poussée ressentie" qui ont pour source des modifications d'ordre somatique (ex. la faim, la sexualité). Les émotions sont des phénomènes complexes qui présentent des composantes neurobiologiques, expressives-motrices et expérientielles. Elles ont également un rôle essentiel de motivation, mais plus flexible que celui des pulsions car plus façonnable par l'apprentissage. Certaines émotions dites primaires sont innées et font preuve de caractéristiques universelles. Selon Izard, elles sont au nombre de 10: joie, intérêt, surprise, colère, honte-timidité, culpabilité, mépris, dégoût, tristesse, peur. On peut également compter 11 émotions primaires selon que l'on différencie ou non la timidité de la honte sur la base des caractéristiques posturales spécifiques de la première. D'autres expériences émotionnelles dites secondaires sont des combinaisons de deux ou plusieurs émotions primaires. Les pulsions et les émotions peuvent également se mélanger et interagir en s'amplifiant, s'atténuant ou s'inhibant. Tomkins va jusqu'à dire que les émotions sont plus importantes que les pulsions pour la motivation puisqu'une poussée pulsionnelle doit être amplifiée par une ou des émotions pour être effective: la pulsion sexuelle doit être "complétée" par les émotions d'intérêt et de joie pour qu'elle soit agissante. Les affects, quant à eux, comprennent les pulsions, les émotions et leur combinaison (Izard, 1991). Nous faisons nôtre cette définition "élargie" de l'affect qui sous-tend nos travaux sur la GÉVA entre autres.

Les expériences affectives sont la plupart du temps associées à des phénomènes cognitifs. Ces derniers prennent la forme de réseaux de représentations mentales, c'est-à-dire d'images, de mots, de symboles, etc. La combinaison d'un affect et d'une composante cognitive constitue une structure affective-cognitive ou schème émotionnel. L'élaboration cognitive d'un affect ou d'une

combinaison d'affects complexifie l'expérience affective qui s'éloigne alors des émotions primaires pour former, par exemple, les expériences d'anxiété, de dépression (combinaison de tristesse, colère, dégoût, mépris, peur, culpabilité, honte, timidité) entre autres (Izard, 1972).

L'identification des affects complexes dans le discours peut être effectuée de deux façons complémentaires. D'abord, en accord avec la théorie des émotions discrètes de Izard (1991), les expériences affectives complexes peuvent être décomposées en combinaisons d'émotions primaires ("patterns of emotions"). Il s'agit alors d'identifier quelles sont les émotions primaires en jeu et quel est leur poids respectif. Izard a développé une Échelle d'Émotions Différentielles (ÉED: Ouss, Carton, Jouvent & Widlöcher, 1990, version française de la Differential Emotion Scale: Izard, 1972; ou dans sa version « trait », le DES-IV : Izard, Libero, Putnam & Haynes, 1993, traduction : Ricard-St-Aubin, Philippe, Beaulieu-Pelletier & Lecours, 2010) dans ce but. À un niveau plus macroscopique, les mélanges affectifs peuvent être identifiés selon qu'ils appartiennent à toutes sortes de processus plus globaux, par la mise en évidence d'enjeux relationnels associés à des modes de relation d'objet par exemple. Ainsi, tel mélange d'émotions primaires, associés à certaines pulsions partielles, peuvent former une entité descriptive cliniquement significative et séparable d'autres regroupements: pulsion partielle orale, intérêt et colère forment l'envie; pulsion partielle phallique-oedipienne, peur et colère forment la jalousie; etc.

Nous proposons une méthode d'identification des contenus affectifs qui combine les deux méthodes décrites: les émotions primaires sont identifiées en plus de certaines combinaisons cliniquement significatives.

La Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs

La Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs (MICA) tente de répondre à la question suivante: quel est le contenu spécifique de l'affect, quel type d'affect est abordé? Pour ce faire, elle s'inspire des travaux de Izard pour définir 24 catégories incluant: dix émotions primaires, et leur opposé lorsque disponible ou pertinent, certaines dirigées contre soi ou vers quelqu'un d'autre, cinq émotions secondaires, ainsi que deux types d'émotions indifférenciées.

Cette partie du manuel présente les 24 catégories en définissant les affects abordés, en les différenciant d'affects similaires et en suggérant un lexique de mots affectifs appartenant à chacune des catégories. Bien sûr, le lexique proposé est non-exhaustif et est à compléter par les coteurs. Aussi, certains mots peuvent changer de catégorie en fonction du contexte. Afin de faciliter la cotation de textes rédigés en anglais, les expressions du lexique sont traduites en anglais et ces traductions sont indiquées par des parenthèses.

Intérêt (interest-excitement): coter (i)

Définition: Émotion primaire positive. Émotion d'approche, elle est l'opposée du dégoût qui consiste dans un rejet, un évitement, une mise à distance. Selon Izard (1991), l'intérêt est l'émotion positive la plus fréquemment vécue et elle joue un rôle prépondérant dans la motivation pour les tâches de tous les jours. Phénoménologiquement, l'intérêt-excitation est le sentiment d'être engagé, accroché, fasciné ou curieux. Il y a aussi le sentiment de vouloir investiguer, s'impliquer, de désirer obtenir plus d'informations sur l'objet d'intérêt. En état d'intérêt intense, la personne se sent animée. Même immobile, la personne intéressée a le sentiment d'être "vivante et active". Les fonctions de l'intérêt sont: a) biologique: de susciter une réduction du rythme cardiaque qui crée les conditions optimales pour la réception d'information par les organes sensoriels, créant ainsi un état de calme physiologique qui permet d'organiser la répartition d'énergie pour maintenir un comportement pour de longues périodes de temps; b) motivationnelle: de faciliter le maintien de comportements d'exploration et d'apprentissage; c) sociale: de favoriser le jeu et la communication sociale. La cotation de l'intérêt regroupe donc les émotions dominées par l'intérêt, l'excitation, l'attrait, la curiosité.

Organisation hiérarchique de l'intérêt. L'intérêt est une émotion omniprésente dans l'expérience humaine et elle sera cotée différemment en fonction de son objet et de sa qualité. L'intérêt pour les phénomènes qui ne sont pas des personnes humaines est coté « intérêt », ou désir si un élément de convoitise est présent; l'intérêt pour les personnes est coté « amour-autre », ou amour-soi si la personne est soi-même, ou sexe si l'intérêt est sexualisé; l'intérêt qui prend la forme d'une valorisation est coté « admiration » (soi ou autre). Respectez la structure hiérarchique proposée :

Non-persons: interest

If « wanting »: desire

Persons: love-other

If self: love-self

If sexualized: sex

Attributed value: admiration (persons or non-persons, self or other)

Non-personnes : intérêt
 Si convoitise : désir
 Personnes : amour-autre
 Si soi : amour-soi
 Si sexualisé : sexe
 Valorisation : admiration (personnes ou non-personnes, soi ou autre)

Cotation différentielle:

Joie: la joie est une bouffée de plaisir qui entraîne la réduction de l'engagement et favorise la récupération; l'intérêt maintient la fascination, l'implication. Aussi, l'euphorie maniaque (joie: humeur positive, élation) est à différencier de l'excitation maniaque (intérêt: poursuite "engagée" des activités).

Désir: le désir est en fait une combinaison d'émotions comprenant principalement l'intérêt mais il s'en démarque par l'accent mis sur la convoitise (pulsion partielle orale?). Donc, est plus qu'un attrait ou une préférence, désirer est vouloir posséder, avoir.

Amour: l'amour est en fait une combinaison d'émotions comprenant principalement l'intérêt mais il se démarque par l'accent mis sur l'attrait et les désirs relationnels non-sexuels. Donc, l'intérêt pour une personne sera coté amour, sauf si l'intérêt est sexuel.

Sexe: l'amour est en fait une combinaison d'émotions comprenant principalement l'intérêt mais il se démarque par l'accent mis sur le désir et les comportements sexuels.

Admiration: l'admiration est un intérêt valorisant qui rejoint l'idéalisation, normale et pathologique; l'intérêt est un attrait qui ne précise pas que l'objet est valorisé.

Exemples directs: Ça m'intéresse; excitation (excitement) (turn-on); (thrilled); intriguant (intriguing); fascinant (fascinating); captivé (captivated); subjugué (subjugated); (enthralled); être absorbé (absorbed); enthousiaste (enthusiastic); préférer (prefer);

Exemples complexes: C'est curieux; étrange (weird); bizarre -à moins d'être méprisant; c'est beau (it's nice) (beautiful); elle est belle; c'est ravissant (it's lovely); c'est joli (it's cute); (make a big deal out of); populaire (popular); (strikes a chord); j'ai hâte de (can't wait); impressionnant (impressive); excitation maniaque; (frenzy); (frantic); (be anxious to do something -contexte); (it flips me out); (aroused); (blows my mind -contexte); c'est important pour moi; aimer (love, like) -préférer; (I'm into qqc); (to dig qqc);

Indifférence-ennui (indifference-boredom): coter (in)

Définition: Catégorie ajoutée à la MICA par souci d'être exhaustif. Émotion "neutre". Un des "contraires" de l'intérêt (avec le dégoût). Ce qui veut dire qu'il s'agit d'un non-attrait passif qui n'est pas un rejet (comme le dégoût) et qui n'est pas activement agressant (comme la dévalorisation), mais qui est davantage que la non-présence d'intérêt. Elle peut être au service de l'hostilité (éviter quelqu'un, faire comme si il n'existait pas) mais n'est pas de l'hostilité en soi. La cotation de l'indifférence regroupe donc les émotions dominées par l'indifférence, l'ennui, l'insouciance et la non-implication.

Cotation différentielle:

Dégoût: Le dégoût signifie qu'une personne n'aime pas quelqu'un ou quelque chose, il s'agit d'une aversion active (ex. "Je ne veux plus rien savoir de lui"); l'indifférence est plutôt un

manque d'intérêt passif (voir exemples plus bas).

Mépris: Le mépris est une attaque dévalorisante, il n'est pas une absence de lien comme l'indifférence, il est plutôt synonyme d'un lien hostile intense. Par exemple, une personne froide est plus attaquante qu'indifférente. Aussi, certaines expressions d'indifférence sont plus chargées d'agressivité et passent du côté du mépris: "Je m'en câlisse" ("I don't give a damn, shit, fuck") en dévalorisant l'autre.

Exemples directs: Je m'en fous; Bof; Ça m'est égal (it doesn't matter to me); (I don't care) (I don't mind); ça me dérange pas (it doesn't bother me); c'est ennuyant (boring); (a drag); (tedious); inintéressant (uninteresting); désintéressé (disinterest); insouciant (careless) (reckless); *Exemples complexes:* Apathie; je m'en lave les mains (I wash my hands over smtg); ça ne me concerne pas (doesn't concern me) (don't feel concerned); (disregard); m'a pas affecté; ignorer qq'un (ignore); exclure (exclude); abandonner (abandon); (pay no attention); (leave out); maussade -contexte; (what's the big deal) (big deal); (aloof); (i was not into it); (the blahs) -contexte; (listless); (dull); (plain);

Surprise (surprise-astonishment): coter (s)

Définition: Émotion primaire. Selon Tomkins, la surprise est à la limite des émotions positives et négatives, bien qu'elle soit habituellement associée à des expériences agréables. Phénoménologiquement, elle est difficile à décrire car de courte durée. L'esprit devient "vide" à l'instant de surprise, les processus mentaux sont momentanément arrêtés, donc peu de contenus sont associés à l'expérience. Izard compare la surprise à un choc électrique mental. Sa fonction principale est d'aider à préparer la personne à bien gérer un événement nouveau et soudain, et ses conséquences, en libérant le système nerveux de toute activité ("channel-clearing emotion"). La cotation de surprise inclut les expériences de surprise, d'étonnement et le fait de sursauter.

Cotation différentielle:

Peur: On confond souvent le fait de sursauter avec l'émotion de peur. En fait, le sursaut est un élément de l'émotion de surprise. Les deux émotions ont des fonctions différentes: la surprise "ouvre les canaux" pour préparer la personne à recevoir quelque chose de nouveau; la peur "limite les canaux" afin de gérer rapidement et efficacement une situation dangereuse. Lorsque l'on parle d'une mauvaise surprise, on aborde surtout la réaction après la surprise, souvent de peur (danger) ou de tristesse (déception).

Exemples directs: J'étais surpris (surprised); c'est étonnant (astonishing) (astounding); (amazed -contexte) (aghast -contexte) (flabbergasted) (befuddled); (wonder -contexte); c'est incroyable (unbelievable); incrédulité; je n'en reviens pas; inédit; tomber sur le cul; stupéfait (stupefied); *Exemples complexes:* Certaines interjections comme: Wow!; hein!; pas possible!; ça me trouble le cul; (Gee); (Oh, my God -contexte); sursauter (startle); être sous le choc -contexte (be in shock); (blows my mind -contexte); étrange -contexte (weird);

Joie (enjoyment-joy): coter (j)

Définition: Émotion primaire positive. Selon Izard, les sources de la joie sont à trouver dans les interactions sociales, le jeu et la satisfaction dans la réalisation d'objectifs. La joie est vécue comme un sentiment plaisant, agréable, positif et gratifiant. Elle inclut une impression de confort

psychologique et de bien-être. L'esprit et le corps sont dans un état favorisant la relaxation ou le jeu. Il y a absence de stress mental ou physique. Est accompagnée du sentiment de confiance en soi, de l'impression que notre vie à un sens, que nous sommes aimables et que nous avons la vigueur, l'énergie d'affronter les défis qui nous attendent. La joie accroît notre capacité de savourer et d'apprécier le monde, elle nous fait sentir plus proche de notre objet d'attention, elle nous donne l'impression d'avoir établi un lien privilégié avec le monde, d'être en harmonie avec lui. La joie peut donc tendre vers l'extase et l'expérience mystique. Izard conclut que l'expérience de joie doit consister dans la combinaison de joie et d'intérêt pour la plupart des gens. Les fonctions de la joie sont: a) sociale: l'expression répétée de la joie dans les interactions parents-bébé favorise la formation et l'intensité des liens d'attachement. La joie joue donc un rôle important dans l'établissement des liens d'affection et de la confiance de base; b) biologique: la joie est une expérience de renforcement. Elle favorise également la récupération après des états de stress. La cotation de la joie va donc regrouper les expériences de joie, d'euphorie, de plaisir, de satisfaction, de bien-être, d'optimisme.

Cotation différentielle:

Intérêt: (voir intérêt).

Sexe: Izard différencie le plaisir sensuel ou sexuel de la joie. Pour lui, le plaisir sensuel est lié à l'émotion d'intérêt et il peut être suivi de joie, mais pas nécessairement; la joie est donc indépendante du plaisir des sens. La joie est plutôt vue comme un "plaisir" social.

Calme: Selon Izard, le calme et la tranquillité sont des expressions de joie à de bas niveaux d'intensité. Pour des raisons empiriques, nous séparons l'affect de calme de l'affect de joie pour former un opposé à l'affect de peur.

Positif : La joie est plus spécifique que la partie positive du simple jugement dichotomique agréable-désagréable. L'aspect spécifique de la joie tient au fait de savourer une expérience positive, alors que la catégorie « positif » est la description du plaisir par opposition au déplaisir.

Exemples directs: J'ai du plaisir à (I enjoy) (had a good time); heureusement; heureux (happy) (pleased); content (glad); sourire (smile); rire (laugh) (crack up); pleurer de joie; euphorique (euphoric); j'ai un "up"; c'était drôle (funny); amusant (amusing); je suis de bonne humeur (cheerful); apprécier (appreciate);

Exemples complexes: Manie euphorique; (Thank God); plaisir en général (non-sexuel); satisfaction; (it would be nice); optimisme; être encouragé (encouraged); touché, de joie (touched) (moved) (stirred); (blows my mind -contexte); soulagement (relief); j'aime ça (I love it) -contexte enjoyment; s'écarter (it was a blast); consolé; gratifié ou gratification;

Tristesse (sadness): coter (t)

Définition: Émotion primaire négative. Opposé de la joie. La tristesse est souvent causée par l'expérience d'une perte. Même si la tristesse peut être douloureuse, elle est habituellement plus tolérable que la peur ou que les autres émotions négatives (Tomkins). La personne triste est découragée, "down", son cœur est lourd. L'effet de lourdeur peut s'appliquer à son corps également. La personne a l'impression que tout est sombre, qu'il n'y a plus de couleur, de lumière, de chaleur dans la vie. Elle se sent seule et vide. Ces sentiments vont colorer la façon de voir le monde, de l'interpréter. La tristesse intense est douloureuse. Elle peut s'accompagner de douleur physique. Elle peut entraîner une douleur mentale telle qu'elle peut être plus profonde

que la douleur physique. La tristesse peut avoir pour fonction: de renforcer les liens des personnes qui partagent la souffrance liée à la perte d'un être cher (deuil); le ralentissement associé à la tristesse peut être l'occasion de refaire le plein et de prendre le temps de voir les choses différemment; la tristesse est également un signal pour les autres que la personne ne va pas bien, servant alors d'appel à l'aide, suscitant l'empathie des autres; elle peut motiver une personne à renouveler ou renforcer des liens avec les autres, à résoudre des problèmes - elle sert donc à faire évoluer la croissance personnelle; la tristesse joue également un rôle important dans l'empathie en favorisant des comportements de "prendre soin" (de soi, des autres). La cotation de la tristesse regroupe les expériences de tristesse, de douleur ou blessure psychique, de détresse, de déception, de découragement, de pessimisme, de regret, de solitude.

Cotation différentielle:

Colère-soi: La colère dirigée contre soi met en évidence une attaque contre le soi et c'est cette attaque qui caractérise cet affect (on se concentre sur l'attaque); dans la tristesse, il n'y a pas d'attaque, on ne voit que la douleur qu'une telle attaque peut engendrer (on se concentre sur la douleur).

Culpabilité: Comme pour la colère-soi, la culpabilité met en scène une forme d'attaque contre le soi mais se manifestant par un reproche, une réprobation, donc, une attaque plus abstraite, moins directe, moins graphique, plus liée à des standards personnels ou à des règles éthiques; la tristesse, encore, met l'accent sur la douleur.

Honte: dans la honte, la douleur psychique a un rapport spécifique avec la valeur de soi, ce que la tristesse, plus préoccupée par des manifestations de douleur plus générales, n'inclut pas.

Impuissance: L'impuissance est une forme de tristesse-souffrance qui se centre exclusivement sur l'état d'être démuné, sans ressource.

Négatif: La valence négative est une expérience désagréable, sans plus. La tristesse est un « désagréable » plus spécifique, une expression de la douleur psychologique. Négatif est coté que si l'on ne peut pas identifier un affect plus spécifique.

Exemples directs: être triste; avoir de la peine; je suis malheureux (unhappy); malheureusement (unfortunately); pleurer; j'ai les bleus (feel blue); je suis down; j'ai une peine d'amour (heartbreak); (sorrow); être désolé (feel sorry for -contexte); découragé; détresse (distress); *Exemples complexes:* Blessé (hurt); vulnérable (vulnerable); ça me tue (killing me); fait du mal-douleur psychique (painful-ache); agonie (agony); malade (sick); être ébranlé (shook up) (in shock); bouleversé; perturbé (disturbed); dévasté (devastated); détruit (destroyed); (messed up); traumatisé -contexte douleur; être en crise (crisis); dramatique (dramatic); expérience intolérable (intolerable) (unbearable); avoir des regrets -contexte douleur (regrets); nostalgie; il me manque (miss him); (upset -contexte douleur); déçu (disappointed); difficile (difficult, tough, hard) (a hard time); deuil (mourning - grief); mélancolie; se sentir rejeté (rejected); mis de côté (left out); comme un étranger (outsider); abandonné (abandoned); sentir une perte (loss); seul; solitude (lonely); sentir un vide, un manque, un trou (void, something missing, hole); je m'effondre (I break down); sautes d'humeur -contexte (mood swings) (moody); maniaque-dépression; horrible-terrible -contexte douleur; misérable (miserable); miséreux (misery); c'est dommage (it's too bad, a shame); (feel awful -contexte); c'est pas juste (unfair) -contexte douleur; pessimiste (pessimistic); touché, de peine (touched) (moved) (stirred); désespéré (desperate); (heart bleeds); offensé (offended) -contexte; se plaindre (complain) (whine) -contexte; plaindre qq'un; avoir

pitii (pity); être affligé (afflicted); (the blahs) -contexte; être fatigué de (be tired of) -contexte; (wailing); (dismay); (I am wretched, a wretch);

Désir (desire): non-relationnel, coter (de)

Définition: Émotion secondaire positive, ajoutée par nous pour mettre en évidence certains domaines plus précis et cliniquement pertinents de l'émotion d'intérêt. Il s'agit donc d'un mélange de plusieurs affects dont l'intérêt et la pulsion orale de l'avoir, de la convoitise. Le contexte non-relationnel est ici important, pour différencier le désir de l'amour ou du désir sexuel. Le désir est caractérisé par un intérêt élevé orienté vers l'avoir, le vouloir, le posséder. Comme l'intérêt, il est le contraire du dégoût, de l'aversion, de la répugnance, peut-être plus spécifiquement du "je n'en veux pas". La cotation du désir regroupe les expériences de désir, de besoin, de convoitise, d'espoir.

Cotation différentielle:

Intérêt: (voir intérêt).

Amour: L'amour concerne l'intérêt dirigé vers les personnes, en excluant l'intérêt sexuel; le désir se centre sur l'intérêt pour les choses ou les situations pour les posséder, les avoir.

Sexe: Le sexe est un intérêt sexuel; le désir exclut l'intérêt sexuel et se concentre sur l'avoir, la convoitise des choses ou des situations.

Exemples directs: Voir aussi items d'amour mais dans un contexte non-relationnel de convoitise. J'ai besoin (need); je désire qqc; j'aimerais qqc (like); (wish for); (long for); (request); (solicit); (hunger for); (yearn for); (urge); (craving); (covet); j'espère (hope); (eager); (be keen); *Exemples complexes:* je l'envie (I envy); l'aspect convoitise (de choses) de la jalousie; ça m'est dû (be entitled to); revendiquer (claim) (demand);

Amour (love): relationnel, dirigé vers autre, coter (aa)

Définition: Émotion secondaire positive, ajoutée par nous pour mettre en évidence certains domaines plus précis et cliniquement pertinents de l'émotion d'intérêt. Il s'agit donc d'une combinaison de plusieurs affects dont l'intérêt, la joie, le désir et les pulsions d'attachement. Le contexte relationnel est ici important, pour différencier l'amour du désir. L'amour est caractérisé par un intérêt élevé orienté vers l'attachement, l'interaction avec une autre personne, sur un mode non-sexuel. Comme l'intérêt, l'amour est le contraire du dégoût, mais aussi de la colère (amour-haine). La cotation de l'amour regroupe les expériences de l'amour, l'attrait, l'attachement, la bienveillance, la compassion.

Cotation différentielle:

Intérêt: (voir intérêt).

Désir: (voir désir).

Sexe: Le sexe est un amour sexuel; l'amour exclut le lien ou l'attrait sexuel et se concentre sur le lien d'attachement et de bienveillance.

Admiration: L'admiration est un amour qui porte sur la valeur de l'autre, du respect à l'idéalisation; dans l'amour, nous retiendrons donc les aspects de l'attachement à l'autre qui n'impliquent pas de référence explicite à la valeur de cet autre.

Impuissance: L'impuissance comprend les relations d'attachement basées sur la dépendance, sur

l'impression que le sujet ne peut vivre sans l'autre, ce qui est une forme relationnelle de l'impuissance. L'amour sera réservé aux formes peu ou non-confliktuelles de l'attachement à l'autre.

Exemples directs: J'aime qq'un (love-like); (be fond of); adorer; être gentil (kind) (nice) (sweet); (he is the apple of his eye); cher (dear); tomber en amour (fall for, fall in love); coup de foudre; (I feel for qq'un); avoir un kick sur qq'un (have a crush); *Exemples complexes:* Pardonner (forgive); gratitude-reconnaissance (grateful); remercier (thank); prendre soin (care for, be caring) (coddle, pamper); (mind -care); s'occuper de; être proche de (close); avoir confiance (trust); faire attention à (take care of); meilleur ami; (to die for); bien s'entendre (get along well); être là pour qq'un (be there for); être dévoué (devoted); apprécier qq'un; qq'un est important pour moi (he means a lot to me); être attiré par qq'un (attracted by) (be drawn to); le courant passe; (appeal); (regard); être concerné (concern); être généreux (be generous); sympathique; loyal; compassion; protéger (protect); être lié (bonded); voir également les exemples d'intérêt et de désir -orientés vers qq'un.

Amour-soi: dirigé vers soi, coter (as)

Définition: L'amour dirigé vers soi est une forme d'amour qui diffère de la forme définie plus haut que par son objet: plutôt que d'aimer une autre personne, la personne s'aime elle-même. Est l'opposé du dégoût-soi et de la colère-soi. Toutes les caractéristiques et les exemples de l'amour dirigé vers l'autre s'appliquent à l'amour-soi, ils ne seront donc pas répétés. La cotation regroupe l'amour de soi, la confiance en soi.

Cotation différentielle:

Admiration-soi: Même rapport qui existe entre l'admiration et l'amour. L'admiration-soi porte sur la valeur de l'image de soi; l'amour-soi ne s'appliquera qu'aux formes de l'amour de soi qui ont rapport à l'attachement, sans référence explicite à la valeur de soi. Ex. se respecter, se protéger sont des manifestations d'amour-soi; l'estime de soi, la fierté, la grandiosité, la vanité sont de l'ordre de l'admiration-soi.

Exemples directs: J'ai de la compassion pour moi; je m'aime plus; je prends soin de moi; je me fais passer en premier;

Exemples complexes: Je me protège;

Sexe (sex): relationnel sexuel, coter (sex)

Définition: Émotion secondaire positive, ajoutée par nous pour mettre en évidence certains domaines plus précis et cliniquement pertinents de l'émotion d'intérêt. Il s'agit donc d'une combinaison de plusieurs affects dont l'intérêt, la joie, le désir et les pulsions sexuelles génitales partielles ou totales. Le contexte sexuel est ici important, pour différencier le sexe de l'amour. Le sexe est caractérisé par un intérêt élevé orienté vers l'attrait ou l'interaction sexuelle avec une autre personne ou avec soi-même. Comme l'intérêt, le sexe est le contraire du dégoût, mais aussi de la colère (amour-haine). La cotation du sexe regroupe les expériences du désir ou de l'attrait sexuel et des comportements s'y rapportant.

Cotation différentielle:

Intérêt: (voir intérêt).
Désir: (voir désir).
Amour: (voir amour).

Exemples directs: Toute description d'actes sexuels, pulsions partielles incluses - embrasser (kiss), se masturber; faire l'amour; être excité sexuellement; désirer sexuellement (be lustful); se sentir cochon (horny); lascive; libidineux (libidinous); trouver qq'un sexy;

Colère (anger): tournée contre quelqu'un d'autre, coter (ca)
Définition: Émotion primaire négative. Opposé de l'amour. La colère est souvent déclenchée par la douleur ou des situations de contrainte, de blocage ou d'interruption d'un comportement orienté vers un but, de stimulation aversive, d'injustice. La colère, le dégoût et le mépris, souvent activés en combinaison, forment ce que Izard nomme la triade d'hostilité. Toujours selon Izard, la colère est à distinguer de l'agression (comportement agressif): la colère mobilise de l'énergie qui n'a pas obligatoirement à être exprimée par un geste hostile, ce qui arrive même plutôt peu fréquemment, et peut très bien servir à alimenter des comportements d'affirmation de soi par exemple. L'expérience subjective de la colère inclut le sang qui "boue", le visage devient chaud et les muscles tendus. La personne vit un sentiment de puissance et une impulsion à frapper, à attaquer la source de colère. Plus la colère est intense, plus la personne se sent énergique et plus le besoin d'une action physique est grand. Lorsque la colère atteint le niveau d'intensité de la rage, la mobilisation d'énergie est tellement grande que la personne sent qu'elle va exploser si elle n'agit pas sa colère. La peur est à son plus bas niveau; il semble donc que la colère inhibe la peur. La tristesse est aussi impliquée dans l'expérience de colère et son rôle semble être de modérer la colère et l'hostilité grâce à l'intervention de l'empathie (style position dépressive à la Klein); elle semble également être associée à la douleur qui cause l'activation de la colère. Certaines émotions, comme le dégoût, le mépris et l'intérêt, vont amplifier la colère, alors que d'autres, comme la peur, la tristesse et la culpabilité, vont tendre à la réduire ou l'inhiber. La fonction principale de la colère est de préparer la personne à se battre ou se défendre lorsqu'une situation menace son intégrité; la colère augmente le niveau d'énergie en activant le corps et en le préparant à l'action. La cotation de la colère regroupe plusieurs ordres de phénomènes dont la colère, l'irritation, la haine, l'agression, l'affirmation de soi, la détermination, l'opposition et leur expression motrice ou verbale.

Organisation hiérarchique de l'hostilité. L'hostilité emprunte essentiellement trois formes : colère, mépris et dégoût. La colère est l'affect le plus englobant, l'élément d'hostilité par défaut. Pour coter mépris ou dégoût, il faut trouver dans la verbalisation un indice qui rend plus spécifique la « colère » : dévalorisation pour le mépris et mise à distance pour le dégoût. Respecter la structure hiérarchique proposée :

Hostilité, coter colère (soi ou autre)
 Si dévalorisation, mépris (soi ou autre)
 Si mise à distance, dégoût (soi ou autre)

Cotation différentielle:

Dégoût: Dans la colère, il y a risque d'attaquer l'objet de la frustration s'il n'est pas retiré (veut se

battre), le sujet garde un lien avec l'objet de la colère; avec le dégoût le sentiment le plus important est le rejet ou l'évitement du stimulus (veut fuir), le sujet veut rompre les liens avec l'objet de dégoût.

Mépris: Le mépris exprimé est une forme de colère psychologique qui porte électivement sur la valeur de l'objet de mépris; il s'agit d'une attaque dévalorisante. La colère, définie ici un peu étroitement pour faciliter la cotation, vise à faire mal sans dévaloriser, sans porter sur la valeur de son objet.

Exemples directs: être irrité (annoyed); exaspéré (fed up); tanné; frustré; fâché (mad) (pissed) (have a fit); (resentment); furieux (furious) (infuriating); enragé; agressif (aggressive); hostile (hostile); détester; méchant (mean); attaquer; blesser qq'un (to hurt); impatient; haïr (hate); se venger (revenge); se disputer (argue); querelle (quarrel); rancune (grudge); chiâler; (sick of it); pugnace (pugnacious); (belligerent); combatif (combative); en avoir assez (I had it); en avoir marre; grognon; maugréer; hargneux; acariâtre; mécontent; (aggravation);
Exemples complexes: être de mauvaise humeur; s'affirmer (stand to) (self-assert); mettre son pied à terre (put one's foot down); être ferme (be firm); s'opposer; être entêté (stubborn) (heard-headed); contraindre; contrôler -contexte; il me dérange (bothers) (upset -contexte) (faze); jaloux (jealous); (demanding); être en compétition (compete); être bête (rude); reprocher; blâmer; critiquer; réprimander; condamner; juger; réprobation, remontrance; (to nag); (to scold); (to henpeck); (make a fuss); (cranky); (grouchy); (fucking) (fuck off) (the fuck with...) (fuck it); pleurer (de rage); avoir des préjugés (prejudiced); être injuste (be unfair); (be hard on someone); (be tough) (be rough); (hassles); harasser (harass); tourmenter (torment); (pester); persécuter (persecute); (harry); (start a war); (get on his case); (wreak havoc); (slander); ahaler (bug); indigné (outraged); avoir une dent contre (spite); (malice); (bickering); vexé (vexed); il est dur (hard); (it ticks me off); (it flips me out -contexte); (edgy -contexte irritable); énervé, énervant -contexte (unnerve); tombe sur les nerfs (gets on my nerves); il est intolérable (syn. énervant); je ne peux plus l'endurer (I can't stand it); exploser (blow up); (blows my stack); être amère (bitter); (moody -contexte); victimiser (victimize); renfrogné; rechigner; boudier; maussade -contexte; ambivalent (ambivalent, conflicted) -contexte; offensé (offended) -contexte; se plaindre (complain) -contexte; (it set me off); vient me chercher (it gets to me) -contexte colère; ronger son frein -sens impatience; blaster qq'un (to blast); (jangle); (haggle); (I am at my wit's end); (to rant); (adamant); (riled) (roiled); (it irks me); (to beef); (it gets my goat); (be petty); être fatigué de (be tired of) -contexte; (digruntled); (trying); (get under my skin); (be cross); (be fuming);

Colère-soi: retournée contre soi, coter (cs)

Définition: La colère tournée contre soi est une forme de colère qui diffère de la forme définie plus haut que par son objet: plutôt que de haïr une autre personne, la personne se déteste ou s'attaque elle-même. Cet affect est un opposé de l'amour-soi. Toutes les caractéristiques et les exemples de la colère dirigée vers l'autre s'appliquent à la colère-soi, ils ne seront donc pas répétés. La cotation regroupe la haine de soi, l'autocritique, l'autopunition, l'automutilation. À bien différencier de la culpabilité.

Cotation différentielle:

Dégoût-soi: Voir la distinction entre colère et dégoût. Le sujet se dégoûte, il se trouve dégueulasse, il ne veut plus se voir, mais il ne s'attaque ou ne se dévalorise pas plus.

Mépris-soi: Voir la distinction entre colère et mépris. Le sujet s'attaque en se rabaissant, en se dévalorisant.

Culpabilité: Selon nous, la colère-soi est une forme plus primitive de culpabilité. En colère-soi, le surmoi est moins intégré, plus sadique, plus personnalisé, ce qui rend ses attaques plus concrètes, plus directes; en culpabilité, le surmoi est abstrait et les "attaques" sont de l'ordre d'un sentiment généralisé (pas personnalisé) de faute morale. La culpabilité est une forme abstraite de colère-soi qui se limite à la description d'un *sentiment* d'avoir fait quelque chose de pas correct, d'avoir fait une faute morale, plutôt qu'à la description d'une attaque contre soi (colère-soi). Même lorsqu'une personne se blâme de quelque chose, qu'elle se fait un reproche, qu'elle se critique, elle s'attaque ce qui fait de cette expression une manifestation de colère-soi. Par ailleurs, des exemples de culpabilité sont: "Je me sens responsable", "je n'aurais pas dû"; "je suis à blâmer".

Exemples directs: Je m'haïs; je m'en veux; se faire du mal physiquement; tenter de se suicider;

Dégoût (disgust): tourné contre quelqu'un d'autre, coter (da)

Définition: Émotion primaire négative. Opposé de l'intérêt. Une des trois composantes de la triade d'hostilité. Le dégoût est probablement parmi les premières émotions à émerger au cours de l'évolution car il est proche du biologique (approche-évitement) et ses visées adaptatives sont les mieux connues. Son prototype biologique est le vomissement, c'est-à-dire une réaction à quelque chose qui rend malade et qui force l'évitement. Le dégoût peut donc être somatique mais également métaphorisé et abstrait dans l'aversion. Avec le dégoût, le sentiment principal en est un de rejet et d'évitement. Si le stimulus est un goût ou une odeur, la personne peut devenir littéralement malade et vomir; si le stimulus est psychologique, la personne peut sentir une forte aversion et un désir d'éviter l'objet de dégoût sans avoir de nausée. Le dégoût sert au rejet d'objets qui sont potentiellement dangereux physiquement ou psychologiquement. La combinaison du dégoût et de la tristesse joue souvent un rôle important dans les troubles alimentaires; la combinaison du dégoût et de la colère peut donner lieu à des comportements pathologiques d'hostilité. La cotation du dégoût regroupe les manifestations de dégoût, de rejet, de "j'aime pas", d'antipathie.

Cotation différentielle:

Indifférence: (voir indifférence).

Colère: (voir colère).

Mépris: (voir mépris).

Exemples directs: Dégoûtant (disgusting); dégueulasse (gross) (scuzzy); je vais être malade (sicken) (nauseate) (turn one's stomach); "beurk" ("yuck"); aversion; dédain (distaste); répugnance (repugnance); (revulsion); (loathing); abhorrer (abhorre); exécuter; (repel); (revolt); repoussant (repulsive); (appall); (put off);

Exemples complexes: antipathie (antipathy); aime pas (dislike - don't like); plaît pas; il ne veut vraiment pas (he really doesn't want to); horrible-terrible -contexte dégoût (horrendous); (it's awful -contexte); (lousy); (it sucks -contexte); (it stinks); laid (ugly); sale (dirty) (filthy); je ne veux plus rien savoir de lui; ambivalent (ambivalent, conflicted) -contexte; (obnoxious); être fatigué de (be tired of) -contexte; plus capable de l'endurer (can't suffer him);

Dégoût-soi: retourné contre soi, coter (ds)

Définition: Le dégoût retourné contre soi est une forme de dégoût qui diffère de la forme définie plus haut que par son objet: plutôt que d'être dégoûtée d'une autre personne, la personne se dégoûte elle-même. Cet affect est un opposé de l'amour-soi. Toutes les caractéristiques et les exemples du dégoût dirigé vers l'autre s'appliquent au dégoût-soi, ils ne seront donc pas répétés. La cotation regroupe l'aversion de soi, le dégoût de soi, l'antipathie pour soi, se rendre malade.

Cotation différentielle:

Colère-soi: (Voir colère-soi).

Mépris-soi: Voir la différence entre le dégoût et le mépris. En dégoût-soi, la personne se trouve repoussante (accent sur l'évitement) alors qu'en mépris-soi, la personne se dénigre (accent sur la dévalorisation).

Culpabilité: La culpabilité est le sentiment d'avoir fait quelque chose de pas correct; le sentiment de dégoût-soi peut survenir après la faute, après la culpabilité.

Honte: Voir la différence entre mépris-soi et dégoût-soi. La honte est une forme abstraite de mépris-soi et a donc rapport avec le sentiment d'une baisse de la valeur de soi.

Exemples directs: Je suis dégueulasse; je ne peux plus m'endurer; (I feel shitty); je suis repoussant;

Exemples complexes: Je me suis senti sale, souillé; je me rends malade (make myself sick);

Mépris (contempt): tourné contre quelqu'un d'autre, coter (ma)

Définition: Émotion primaire négative. Opposé de l'admiration. Une des trois composantes de la triade d'hostilité. Des expériences de triomphe dans la compétition, par exemple, peuvent déclencher le mépris. Subjectivement, l'émotion de mépris est plus "froide" que la colère, elle suscite moins d'activation physiologique entre autres. Elle consiste dans le sentiment d'être supérieur à une autre personne et va donc plus loin qu'un sentiment d'indifférence vis-à-vis l'autre. La personne qui méprise va déformer en agrandissant son image d'elle-même et de sa valeur et va dévaloriser l'objet du mépris. Les fonctions du mépris sont plus difficiles à préciser: l'évolution a pu forger le mépris en vue de préparer un individu à affronter un adversaire dangereux; le mépris peut renforcer la normalisation et l'ordre social en favorisant le rejet des individus déviants qui voient une pression mise sur eux pour changer de comportement. Même si le mépris est l'émotion froide de la triade d'hostilité, elle peut mener aux préjugés sociaux et à la violence groupale meurtrière en déshumanisant et en minimisant l'importance d'autres individus ou groupes (ethniques par exemple). La cotation du mépris inclut la dévalorisation, les sarcasmes, la dérision.

Cotation différentielle:

Indifférence: (voir indifférence).

Colère: (voir colère).

Dégoût: Comme la colère, le mépris maintient un lien avec son objet alors que le dégoût est rejet pour s'éloigner de l'objet; le mépris est donc attaque dévalorisante alors que le dégoût est l'évitement d'un malaise provoqué par l'autre. Difficulté: "C'est un dégueulasse" où l'on peut se demander s'il s'agit de dévaloriser quelqu'un ou s'il s'agit de l'expression d'un dégoût; afin de

faciliter la cotation, le terme "dégueulasse" sera réservée au dégoût.

Exemples directs: Être méprisant (contemptuous); condescendant (condescending); descendre qq'un (put down); toute forme de dévalorisation; il est stupide, con, imbécile, etc.; (contempt); être snob; marcher le nez dans les airs; (haughty); dérisoire, risible (ludicrous); rire de qq'un (laugh at so, make fun of); ridiculiser; (to scorn, scornful); (to despise); (to disdain, disdainful); être arrogant (arrogant); (overbearing); (high-handed); (be cocky);
Exemples complexes: Contexte dévalorisant: bizarre, étrange (strange) (weird); (it sucks - contexte); cynique (cynical); être froid (cold); (presumptuous); (I don't give a damn, shit, fuck); être ironique -plus que dans le sens de souligner les contradictions, faut cynisme (be sardonic, to mock);

Mépris-soi: retourné contre soi, coter (ms)

Définition: Le mépris retourné contre soi est une forme de mépris qui diffère de la forme définie plus haut que par son objet: plutôt que de mépriser une autre personne, la personne se méprise, dévalorise, dénigre elle-même. Est l'opposé de l'admiration-soi. Toutes les caractéristiques et les exemples du mépris dirigé vers l'autre s'appliquent au mépris-soi, ils ne seront donc pas répétés. La cotation regroupe la dévalorisation de soi, l'attaque dénigrante de soi, se dire des noms. Inclure également le dénigrement de choses que l'on a faites. À bien différencier de la honte.

Cotation différentielle:

Colère-soi: (Voir colère-soi).

Dégoût-soi: (Voir dégoût-soi).

Honte: Même différence qu'entre colère-soi et culpabilité, le premier est attaque, l'autre sentiment. Selon nous, le mépris-soi est une version plus primitive de la honte. En mépris-soi, l'idéal du moi est moins intégré, plus sadique, plus personnalisé, ce qui rend ses attaques plus concrètes, plus directes; en honte, l'idéal du moi est abstrait et les "attaques" sont de l'ordre d'un sentiment généralisé (pas personnalisé) de gêne, de petitesse. La honte est une forme abstraite de mépris-soi qui se limite à la description d'un *sentiment* d'avoir échoué, d'être inadéquat, pas à la hauteur, plutôt qu'à la description d'une attaque dévalorisante contre soi (mépris-soi). Lorsqu'une personne se dénigre, qu'elle se dit des noms, elle s'attaque ce qui fait de cette expression une manifestation de mépris-soi. Par ailleurs, des exemples de honte sont: "J'ai honte"; "je me sens humilié", etc. (Voir honte pour des détails et exemples supplémentaires).

Exemples directs: Je suis stupide, con, débile; je suis un minable (a loser); (I put myself down);

Exemples complexes: J'ai pas inventé le bouton à 4 trous; je suis même pas capable de mettre un pied devant l'autre; j'ai fait des conneries;

Admiration (admiration): dirigée contre un autre, coter (ada)

Définition: Émotion secondaire positive, ajoutée par nous pour mettre en évidence certains domaines plus précis et cliniquement pertinents de l'émotion d'intérêt. Il s'agit donc d'un mélange de plusieurs affects dont l'intérêt, la joie, le désir ou l'amour. Cependant, il y a plus: l'intérêt porte ici sur la **valeur** de l'objet qui inclut les niveaux normaux et pathologiques, qui va du respect à l'idéalisation. En ce sens, il s'agit de l'opposé du mépris. L'admiration porte autant sur les objets que les personnes. La cotation de l'admiration regroupe les expériences de respect, de

valorisation, de reconnaissance, d'admiration et d'idéalisation.

Cotation différentielle:

Intérêt: (voir intérêt).

Amour: (voir amour).

Exemples directs: Respecter (have respect); avoir de l'estime (esteem); idéaliser (idealize); admirer (admire); (look up to); c'est mon idole, mon modèle; idolâtrer (idolize); être en adoration; être fier de (be proud of); reconnaître qq'un -sa valeur- (recognition); être valorisé par qq'un; mettre sur un piédestal (put on a pedestal); être impressionné (be impressed); (revere); vénérer (venerate);
Exemples complexes: C'est la plus belle fille que j'ai jamais vu; c'est une très bonne personne; il aurait pu jouer professionnel; super!; décrire à l'aide de superlatifs; (astonishment), (amazement), (wonder) -contexte; (it threw me -contexte vs confusion); féliciter (congratulate); (tap on the back);

Admiration-soi: dirigée vers soi, coter (ads)

Définition: L'admiration dirigée vers soi est une forme d'admiration qui diffère de la forme définie plus haut que par son objet: plutôt que d'admirer une autre personne, la personne s'admire elle-même. Est l'opposé du mépris-soi. Toutes les caractéristiques et les exemples de l'admiration dirigée vers l'autre s'appliquent à l'admiration-soi, ils ne seront donc pas répétés. La cotation regroupe l'estime de soi, la fierté, l'admiration de soi, l'idéalisation de soi, la grandiosité-omnipotence.

Cotation différentielle:

Amour-soi: (Voir amour-soi).

Exemples directs: Estime de soi (self-esteem); j'ai confiance en moi; je me respecte; fierté (pride); vanité (vanity); (conceit); orgueil (egotism); (boastfulness); se vanter (boast) (brag); sentiment de supériorité; je suis un super cuisinier; avoir la tête enflée (swell-headed);
Exemples complexes: J'aurais pu jouer pour les Expos si j'avais voulu; faire son show (to spotlight); (to blow my own horn);

Peur (fear): coter (p)

Définition: Émotion primaire négative. Opposé du calme. La peur est l'émotion que le gens craignent le plus. Entre autres, elle est la moins tolérée des émotions. La peur est causée par la perception d'une menace à notre sécurité. Par exemple, lorsque nos besoins vitaux sont menacés, lorsque nous sommes confrontés à des déclencheurs naturels (la douleur, être seul, des changements soudains de niveaux de stimulation, l'approche rapide d'une personne ou d'un objet, son caractère d'étrangeté, les hauteurs) ou appris. On peut se souvenir longtemps d'une expérience de peur (voir phobies, stress post-traumatique). Strictement parlant, la peur est différente de l'expérience d'anxiété; cette dernière est une combinaison d'émotions telles que la peur, l'intérêt, la tristesse, la colère, la honte et la culpabilité. La peur étant l'"ingrédient" principal de l'anxiété, nous les englobons toutes les deux, et leurs dérivés, dans notre catégorie de peur. L'expérience subjective de la peur affecte la perception, la pensée et l'action. L'attention est

étroitement focalisée sur l'objet de peur, causant une sorte de "vision en tunnel", limitant l'étendue des perceptions, pensées et choix qui peuvent être faits. La personne a tendance à réagir de façon à réduire la menace perçue. Les formes moins extrêmes de peur sont vécues comme des sentiments d'appréhension et de malaise. Au fur et à mesure que l'intensité de la peur augmente, la personne se sent de moins en moins certaine quant à sa sécurité et à l'impression qu'elle perd le contrôle. Selon Tomkins, la peur est la plus "toxique" des émotions. Par exemple, une personne peut littéralement être effrayée à mort. Les réactions de paralysie ou de fuite associées à la peur semblent avoir pour fonction de faciliter l'évitement des prédateurs. La peur permet également de motiver l'individu à éviter les dangers autant au niveau physique que psychologique. La peur favorise aussi la création de réseaux sociaux permettant de changer une situation dangereuse. La cotation de la peur regroupe les expériences de peur, d'anxiété, d'agitation, d'inquiétude, d'insécurité, de traumatisme, de méfiance.

Cotation différentielle:
Surprise: (Voir surprise).

Exemples directs: Panique; stress; nerveux (nervous); terrifié (terrified); (petrified); se faire du souci, s'inquiéter (worry); angoisse; anxiété; (dread); tension; agitation; appréhension (apprehension); (concerned); (jumpy); (jittery); (restless); préoccupé (preoccupied) (bugged); j'ai le trac; (I wind up); chier dans ses culottes; avoir la chienne;
Exemples complexes: Trauma -contexte stress; inconfortable (uncomfortable); mal à l'aise, malaise (ill at ease) (uneasy); (it's awkward); insécure (insecure); menacé (threatened); horrible-terrible -contexte peur; capoter (freak out) -contexte; manquer de confiance en qq'un (lack of confidence); être méfiant (mistrust); suspicieux (suspicious) (leery); être prudent (cautious) (be careful -contexte prudence) (take heed); (mind -se préoccuper); être vigilant; faire attention -prudence; être parano; (uneasy); troublé (troubled); papillons dans le ventre; (gut-wrenching); (it flips me out -contexte); (edgy -contexte anxiété); énervé, énervant -contexte (unnerve); (bother -contexte); (fluster); étrange (weird) -contexte; vient me cherche (gets to me) -contexte peur; (to cower -contexte); (aghast -contexte); (the blahs) -contexte; (spooky, spooked);

Calme (calm-tranquility): coter (cal)

Définition: Émotion secondaire positive, ajoutée par nous pour tenir compte de l'état contraire de la peur. Selon Izard, le calme est une manifestation peu intense de l'émotion de joie. Nous étendons la signification de l'expérience de calme pour inclure les manifestations de ce que l'on pourrait appeler une « sous-activation du système de retrait » à la Davidson : tolérance et contenance, comme la tolérance à la frustration, au délai, etc. La cotation du calme regroupe les expériences de calme, de relaxation, de tranquillité, de paix, de tolérance, de bravoure.

Cotation différentielle:
Joie: (voir joie).

Exemples directs: Je suis calme (calm); je suis en paix avec moi-même (peaceful); être relax; ne pas être pressé; confortable (comfortable); tranquillité (tranquility); (quiet); serein; à l'aise (at ease); cool (cool off); (I wind down); placide (placid); (mellow);
Exemples complexes: Patience (patience); être poli (polite); diplomate (diplomatic); sécurité

(safe); tolérant (tolerant); (put up with); humilité (humility); être brave; audacieux (audacious); courage; avoir du guts (guts); (take in stride); réconfort;

Honte-timidité (shame-shyness): coter (h)

Définition: Émotion primaire négative. Il y a débat à savoir si la honte et la timidité sont des émotions primaires distinctes. Certains voient la timidité comme un mélange de honte et d'autres émotions comme la peur et l'intérêt. Izard les traite comme deux émotions distinctes. C'est pourquoi nous les présentons séparément, bien que, pour les fins de la cotation, les deux sont confondues et ne forment qu'une seule catégorie de la MICA.

La timidité peut être un facteur significatif dans le façonnage de la personnalité et des relations sociales. L'expérience essentielle qui caractérise la timidité est le sentiment de vulnérabilité dans les situations sociales. Il s'agit d'une vulnérabilité au niveau du soi ou de l'image de soi. Ceci fait en sorte que la personne timide évite certaines situations sociales, sans nécessairement être asociale. Par exemple, une personne peut être tout à fait à l'aise avec ses proches mais être timide avec des étrangers. Elle va considérer ces personnes comme des sources potentielles de critique ou va anticiper le malaise ou l'inconfort associés au sentiment de timidité. La personne timide a tendance à faire équivaloir sa valeur et la valeur de ses performances, ce qui la rend sensible au rejet et à la critique. La personne timide se sent maladroite, inadéquate, craintive de parler, peu assurée et sujette à la solitude. La timidité semble être un mélange d'émotions négatives et positives: la personne veut être en relation avec les autres mais elle est préoccupée par l'impression qu'elle va laisser à savoir si elle est à la hauteur ou non. De toutes les émotions négatives, la timidité est celle qui est le plus associée au sentiment de joie. Une fonction de la timidité peut être d'empêcher les enfants d'approcher et d'interagir avec des étrangers, qui peuvent être potentiellement dangereux, ce qui permet à l'enfant de se maintenir dans un environnement sécuritaire en compagnie de ses proches.

L'expression de la honte ajoute à celle de la timidité, c'est-à-dire baisser les yeux et tourner la tête de façon à éviter l'objet de honte, la tendance à se faire petit par la posture et le rougissement. Le rougissement n'accompagne pas nécessairement la honte et, lorsqu'il advient, il peut provoquer encore plus de honte. L'expérience subjective de honte comprend un degré élevé de conscience de soi, surtout tourné vers les faiblesses du soi. C'est comme si des parties de soi étaient soudainement exposées au grand jour. Selon Tomkins, la honte est la plus réflexive des émotions. En même temps, la personne se sent complètement inefficace et incompétente et perd toute présence d'esprit, amenant à dire ou faire n'importe quoi. Les fonctions de la honte sont: de renforcer la cohésion sociale et la conformité en augmentant la sensibilité à l'opinion des autres; la honte peut motiver l'individu à changer, à s'améliorer, elle sert donc à rehausser l'intégrité, l'identité du soi et l'autonomie.

La cotation de la honte-timidité regroupe les expériences de honte et d'humiliation, le sentiment d'échec, d'être inadéquat, la timidité, la soumission, la réserve.

Cotation différentielle:

Mépris-soi: (Voir mépris-soi). Il faut bien distinguer l'auto-reproche du constat de la baisse d'estime de soi et de sa petitesse. Une expression tombe dans le reproche si elle s'accompagne d'un jugement de valeur, d'un accent péjoratif, de colère. Par exemple: Je suis un échec (il s'agit d'une honte intense, qui frôle l'attaque sur soi mais se concentre sur le constat de la perte d'estime de soi; cet exemple est à la limite des deux catégories) vs Je suis un minable (mépris-soi); Je me

sentais incompétent (honte) vs Je suis un osti d'incompétent (mépris-soi).

Dégoût-soi: (Voir dégoût-soi).

Culpabilité: Les deux émotions sont centrées sur le soi qui a dérogé à un standard: pour la honte, ce sont les standards de l'idéal du moi qui ont rapport avec la valeur du soi; pour la culpabilité, ce sont les standards du surmoi qui ont rapport avec la moralité, ce qui est juste ou non. Cependant, la honte va être plus centrée sur le soi, la culpabilité plus centrée sur l'autre lésé.

Impuissance: L'impuissance peut toucher à des thèmes qui impliquent la perte du sentiment de valeur de soi, comme la honte, mais elle s'inscrit électivement dans des situations traduisant l'incapacité à faire quelque chose, le sentiment d'être débordé par une tâche.

Exemples directs: J'ai honte (shame); rougir (blush); me sens humilié (humiliated); inférieur (inferior); ridicule (foolish); petit; gêné (embarrassed); (feel bad about myself) (don't feel good about myself); (mortified); inadéquat; maladroit (clumsy); (I feel awkward); (inept); pas à ma place (out-of-place); incompétent (incompetent); pas à la hauteur; (unworthy); déçu de moi; je suis tombé de haut; tombé dans mon estime; ne pas être assez bon; pas sûr de moi; doute de moi (doubt myself); estime de soi faible (low self-esteem); timide (shy); intimidé (intimidated); réservé (quiet); replié sur soi; blessé dans son orgueil;

Exemples complexes: Je suis un échec (a failure) (a disgrace); déshonoré (dishonor); stigmaté (stigma); je suis soumis (submissive); ce que je pense n'est pas important; être insulté (insulted); c'était comme une gifle (a slap in the face); (to cower -contexte);

Culpabilité (guilt): coter (cu)

Définition: Émotion primaire négative. Selon Izard, la culpabilité passe, au cours de son développement, d'une conformité basée sur la peur à un sentiment de responsabilité reposant sur la culpabilité. Il y a, à la base de la culpabilité, l'anticipation d'une sanction venant de l'extérieur, et plus tard de l'intérieur (intériorisation). L'expérience subjective de la culpabilité est un sentiment persistant de ne pas être juste avec la personne offensée. La personne coupable a souvent l'impression qu'elle va perdre l'objet d'amour qui a été lésé; elle va donc tenter de racheter ses méfaits. La culpabilité stimule la production de pensées préoccupées à propos de ce qui a été fait de mal, en plus de plans pour corriger la situation. La culpabilité va donc induire un flot de pensées qui ont tendance à s'imposer à l'esprit du coupable; ceci la différencie de la honte qui laisse l'individu sans parole, la pensée inhibée. La personne a souvent peur d'être confrontée à ses torts. La culpabilité et la honte sont souvent vécues simultanément; les deux vont favoriser la responsabilité sociale. Selon Ausubel, trois conditions psychologiques doivent être présentes pour que la culpabilité advienne: 1) l'acceptation de valeurs morales; 2) l'intériorisation d'un sens moral de devoir se soumettre à ces valeurs; 3) une capacité d'auto-critique suffisante pour percevoir les écarts entre son comportement et les valeurs intériorisées. La culpabilité sert à maintenir l'ordre social en stimulant un sens de responsabilité personnelle et sociale. Depuis le début de la civilisation, elle crée un interdit contre les excès dans l'agression et la sexualité par exemple. Aussi, elle motive les actions de réparation et le respect des règles. La culpabilité joue également un rôle dans la constitution de l'empathie. La cotation regroupe la culpabilité, les remords, le sentiment d'avoir blessé quelqu'un, la conscience morale-éthique (bien-mal), s'excuser. Bien distinguer la culpabilité de la colère-soi.

Cotation différentielle:

Colère-soi: (Voir colère-soi).

Mépris-soi: (Voir mépris-soi).

Dégoût-soi: (Voir dégoût-soi).

Honte: (Voir honte).

Exemples directs: Se sentir coupable, responsable; avoir des remords; avoir peur d'avoir fait du mal à quelqu'un d'autre; j'ai eu tort (I was wrong); ça été mal de faire cela; c'est de ma faute (it was my fault); je n'aurais pas dû... (I shouldn't have...) (I should have known); j'aurais dû (I should have...);

Exemples complexes: Crise morale (moral crisis); avoir des regrets -contexte culpabilité (regrets); s'excuser (apologize); être désolé (be sorry -contexte de s'excuser); se priver, ascétisme; être à blâmer (be to blame); porter le blâme; avoir des scrupules (scruples); sentir que l'on trahit (betray); (feel bad about it -contexte); ne pas pouvoir se pardonner (cannot forgive myself);

Impuissance (helplessness): coter (im)

Définition: Émotion secondaire négative, ajoutée par nous pour tenir compte de certaines variations de l'émotion de tristesse (détresse) jouant un rôle important dans le développement et le maintien de certains états dépressifs. Voir les théories du "learned helplessness" (Seligman), des états de "helplessness-hoplessness" ou de "giving up-given up complex" (Engel), etc. L'impuissance, telle que définie ici, se traduit subjectivement par l'une ou l'autre de ces impressions: de ne pas savoir quoi faire (helplessness); d'être sans ressource et sans pouvoir sur une situation (powerlessness); d'être faible, dépassé ou pas à la hauteur de la situation (worthlessness); que la situation est sans espoir (hopelessness); d'être incapable de se débrouiller sans les autres (dependence) et leur protection (vulnerability). La cotation de l'impuissance regroupe donc ces différents aspects du fonctionnement.

Cotation différentielle:

Tristesse: (Voir tristesse).

Honte: (Voir honte).

Amour: (Voir amour).

Exemples directs: Impuissant (helpless); dépendre de - être dépendant (dependent) -contexte de ne pouvoir fonctionner sans l'autre; démunir; sans ressources; (powerless); incapable, plus capable; sert à rien (hopeless);

Exemples complexes: faible (weak); ne pas faire qqc -contexte; (worthless -contexte, pas auto-dénigrement); vulnérable -contexte relationnel;

Négatif (negative): binaire-indifférencié, coter (neg)

Définition: Cette catégorie ne s'applique pas à un contenu émotionnel spécifique, elle concerne les expressions affectives négatives qui ne sont pas différenciées, c'est-à-dire qui sont formulées en termes de mauvais ou mal (en opposition au bon ou bien: catégorie positive). Il est donc impossible de déceler une catégorie spécifique d'émotion négative primaire, ni une combinaison spécifique d'affects négatifs. La MICA "triche" un peu ici en introduisant une catégorie qui a plus rapport avec le niveau d'élaboration de la formulation d'une émotion (voir le modèle de

Lane et Schwartz) que son contenu. Elle va tout de même englober les unités affectives qui seraient trop vagues ou générales dans leur contenu pour être cotées autrement. La cotation regroupe donc les expériences formulées en termes polarisés, extrêmes et vagues de mauvais (vs bon), où il est question d'une expérience désagréable, sans plus de précision; si une autre catégorie spécifique peut être identifiée, celle-ci a préséance.

Exemples directs: Je file pas (feel bad); me sens pas bien (don't feel good); (I'm in a bad mood); ça va pas; sentiments négatifs; c'est déplaisant, déplaisir; (he's not doing too well) (too good); (felt awful -contexte); il ne l'a pas bien pris (didn't take it well); c'est désagréable;
Exemples complexes: C'est difficile pour moi, dur (it's difficult, hard); montagnes russes (rollercoaster ride); on a traversé l'enfer (we went through hell); c'est un cauchemar (a nightmare); (have a rough time); voir les commentaires sur l'intensité et les exclamations dans la section "Difficultés";

Positif (positive): binaire-indifférencié, coter (pos)

Définition: Comme son antipode, cette catégorie ne s'applique pas à un contenu émotionnel spécifique, elle concerne les expressions affectives positives qui ne sont pas différenciées, c'est-à-dire qui sont formulées en termes de bon ou bien (en opposition au mauvais ou mal: catégorie négative). Il est donc impossible de déceler une catégorie spécifique d'émotion positive primaire, ni une combinaison spécifique d'affects positifs. La MICA "triche" un peu ici en introduisant une catégorie qui a plus rapport avec le niveau d'élaboration de la formulation d'une émotion (voir le modèle de Lane et Schwartz) que son contenu. Elle va tout de même englober les unités affectives qui seraient trop vagues ou générales dans leur contenu pour être cotées autrement. La cotation regroupe donc les expériences formulées en termes polarisés, extrêmes et vagues de bon (vs mauvais), où il est question d'une expérience qui est agréable, sans plus de précision; si une autre catégorie spécifique peut être identifiée, celle-ci a préséance.

Exemples directs: Me sens bien - je vais bien (feel good - feel fine) (I'm in a good mood); (he's doing well) (doing fine); sentiments positifs; c'est agréable;
Exemples complexes: Ça va pas mal; (not so bad); ça va mieux (it's getting better); c'est correct (it's okay - all right); il l'a bien pris (took it well);

Procédures de cotation

Partir des unités affectives déjà définies. Sinon, commencer par effectuer la segmentation du matériel, en accord avec les règles de segmentation énoncées dans le manuel de cotation de la GEVA.

Coter d'abord la valence et ensuite le contenu. Chaque unité affective devrait recevoir une cote de valence affective et une cote de contenu. Le format devrait ressembler à ce qui suit: cote GEVA, cote(s) supplémentaire(s) (par ordre alphabétique), valence, cote MICA (entre parenthèses). Exemples: Ver4g-(t), Ver4+(aa), Mot2am-(cs), Ima2d-(ma), etc.

A) Valence affective

L'affect est **positif** s'il s'agit d'une expérience agréable, plaisante (côté gauche de grille de Dahl). La valence positive inclut également les expériences **neutres** dont le contexte est neutre.

L'affect est **négatif** si l'expérience est désagréable, déplaisante (côté droit de grille de Dahl).

Pour les affects neutres (indifférence, surprise) ou positifs, décider de la valence selon la tonalité plaisir-déplaisir du contexte. Ex. indifférence: est coté négatif si sujet parle d'une personne qui s'est montrée désagréablement indifférente; est positif si le sujet se sent moins triste ou en colère et l'indifférence est une amélioration. Même chose pour surprise (bonne vs mauvaise surprise).

Le principe général est que la cote de valence doit refléter la dimension plaisante-déplaisante de l'expérience rapportée. Il est possible d'imaginer que certaines émotions négatives puissent produire une expérience positive (une colère vitalisante par exemple). Cependant, pour faciliter l'attribution de la valence, il faut considérer plus simplement que même si une émotion négative présente une fonction positive, elle demeure teintée d'un certain niveau de « toxicité » (selon les termes de Tomkins), d'une qualité subjective désagréable qui force la résolution de problème. Donc, la valence classique (émotions positives vs négatives) est habituellement respectée.

Cependant, il faut tenir compte des négations, c'est-à-dire que le contraire d'une expérience négative devient positive. Par exemple, "Je n'étais pas en colère" est coté « + », même si on ne sait pas quel affect la personne vit. De la même façon, la négation d'une expérience agréable ou neutre produit une expérience désagréable. Puisque nous ne savons ce que la personne vit lorsqu'un affect est négatif la plupart du temps, il est préférable de simplement inverser la polarité de la valence.

B) Contenu affectif

Il s'agit de réduire les combinaisons d'affects aux 24 catégories décrites plus haut. Dans certains cas, lorsque l'affect exprimé est assez différencié, il faut identifier l'émotion primaire principale. Aussi, certaines combinaisons d'émotions pertinentes cliniquement sont définies plus haut et reçoivent une cote spécifique, même si elles peuvent être réduites à une émotion primaire principale. Ce choix tient à ce que ces dernières réductions ne veulent pas dire grand chose cliniquement: l'intérêt pour parler du désir sexuel, de la dépendance, de l'admiration ou pour tout attrait relationnel.

Ne coter qu'un **seul** contenu, en essayant de préciser l'émotion principale.

Partir de la liste et choisir le contenu le plus approprié. Respecter l'organisation hiérarchique pour les affects associés à l'intérêt et à l'hostilité (voir les sections « intérêt » et « colère-autre »).

Lorsque l'identification d'un affect complexe est difficile, il est parfois utile d'essayer de trouver un synonyme et de s'inspirer de ce synonyme pour la cotation.

Coter le contenu entre parenthèses, après la valence (voir le format décrit plus haut, juste avant la section "Valence affective").

Les négations et le contenu. Deux types de négations peuvent survenir: 1) l'expression vient seulement signifier que l'affect verbalisé n'est pas là ("je n'étais pas triste"). On ne sait pas ce que le sujet vit, on ne sait que ce qu'il ne vit pas; 2) la formulation négative désigne un autre affect en soi, souvent sous la forme d'un euphémisme: "je n'étais pas content", qui veut en fait dire "j'étais fâché, en colère". Pour 1), faire comme s'il n'y avait pas de négation pour le contenu, coter selon l'affect énoncé; il devrait alors y avoir "contradiction" entre la cote de valence et de contenu: "je n'étais pas triste" + (t). Pour 2), coter le contenu selon ce que l'expression veut dire en réalité, selon ce que le sujet éprouve (car on devrait le savoir): "je n'étais pas content" - (ca).

Difficultés

Intensité de l'affect

Folie (crazy): peut vouloir dire que la personne est en colère: "Il me rend folle" ("he drives me crazy"). Peut également n'indiquer qu'une idée de l'intensité générale de l'affect, sans spécifier le contenu: "Je devenais folle" ("I was going crazy"). Coter un contenu spécifique pour le premier cas seulement, lorsque l'expression équivaut à un affect de colère. Pour le second cas, attribuer un contenu négatif non-spécifique (neg) (en plus de la valence affective). Autres expression équivalentes: (to go nuts); capoter (freak out); péter les plombs (lose it); perdre la boule; (it flips me out); (blows my mind); (blows me away);

Même chose pour certaines exclamations dont on ne peut déterminer le contenu que par le contexte: "Oh, mon Dieu" ("Oh, my God"), qui peut être de la surprise, colère, peur, honte, etc. Autres exemples: (Gosh); (Geez). Si le contexte ne permet pas de préciser le contenu, coter affect négatif indifférencié (neg) à l'aide de la MICA (coter la valence et la GÉVA également).

Affectivité non-spécifique

Certaines expression témoignent d'un état affectif général mais sans révéler de contenu spécifique ni sans indiquer s'il s'agit d'un affect positif ou négatif: affecté, senti, émotionnel, spontané, impulsif, etc. Ne pas coter ces expressions avec la MICA et ne pas segmenter pour la GÉVA, à moins que le contexte soit clair sur ce que le sujet entend par ces expressions.

Formulations négatives problématiques

Je ne l'aime pas, j'aime pas ça (I don't like it): est plus qu'une négation (non-présence) et doit être cotée comme un affect spécifique. Il s'agit surtout de dégoût-autre car on voit le désir d'éviter l'objet qui n'est "pas aimé"; il peut s'agir aussi de colère lorsque le contexte l'indique.

Ambivalent (ambivalent, conflicted), d'humeur changeante (moody): coter l'affect négatif lorsque connu.

Symptômes somatiques

Certaines UA contiennent un symptôme somatique si un des 4 scénarios est rencontré (réponse à

une question émotionnelle, paraphrase d'un état émotionnel, lié à une hypothèse de sens, causé par un événement important). Les symptômes de niveau 1 sont souvent éloignés d'une expérience affective; ils sont souvent l'effet d'une désorganisation du corps suite à une expérience affective débordante. Lorsque le symptôme est l'expression par paraphrase d'une émotion, ou lorsqu'il est lié à une hypothèse de sens, la cotation du contenu affectif est directe. Cependant, lorsque la somatisation est verbalisée à une question émotionnelle ou causée par un événement important, il peut être abusif d'en donner un contenu spécifique. C'est pourquoi si le contexte ne peut nous informer de l'affect dont le symptôme est l'équivalent, il est préférable d'attribuer à l'UA un affect négatif indifférencié (« neg »).

Expressions qui nécessitent l'identification du contexte

Certaines expressions révèlent un affect spécifique mais elles nécessitent que l'on connaisse le contexte pour bien l'identifier. Voici une liste d'expressions fréquentes qui vise à faciliter la cotation différentielle. Si le contexte ne résout pas le problème d'identification, coter la première catégorie répertoriée, ces dernières étant présentées par ordre de fréquence.

(upset): colère, tristesse -douleur-
 (bother): colère, peur
 virer fou (crazy): colère, neg
 capoter (freak out): peur, joie
 (flip out): colère, intérêt-excitation, peur
 (blows my mind), (blows me away): intérêt-excitation, joie, surprise
 horrible, terrible: tristesse -affligeant-, peur -effrayant-, dégoût -dégoûtant-
 (awful): tristesse, dégoût, neg
 (it sucks): dégoût, mépris, tristesse
 c'est pas juste (unfair): tristesse, colère
 (nice): intérêt, joie, amour
 sous le choc (in shock): peur, surprise, tristesse
 (bug): colère -achaler-, peur -préoccuper-
 (edgy): peur -anxieux-, colère -irrité-
 énervé, énervant (unnerve): colère, peur
 faire attention (care): amour -soin (take care of)-, peur -prudent (be careful)-
 (I mind): peur -se préoccuper-, amour -care-
 (awkward): peur -malaise-, honte -inadéquat-
 ambivalent (ambivalent, conflicted): colère, dégoût
 (moody): colère, tristesse
 maussade: colère, indifférence -ennui-
 pas à la hauteur: honte, impuissance -suis pas capable de faire qqc-
 concerné (concerned): peur, amour, intérêt
 (astonishment), (amazement), (wonder): surprise, admiration
 offensé (offended): tristesse, colère
 vulnérable (vulnerable): tristesse, impuissance
 trouve difficile, dur (find difficult, hard): tristesse -fait mal-, neg
 aimer (love): amour -relationnel-, désir -convoitise-, joie -apprécier-, intérêt -préférer-
 étrange (weird): surprise -étonnant-, intérêt -intrigant-, mépris -ridicule-, peur

-inconfortable-
 drôle (funny): joie -amusant- ou voir étrange (weird)
 vient me chercher (gets to me): colère, tristesse
 (to cower): peur, honte
 trauma: peur, tristesse -douleur-
 (blast): joie, colère
 regrets (regrets): tristesse -douleur-, culpabilité -remords-
 se plaindre (complain): colère, tristesse
 (the blahs): peur -malaise-, tristesse, indifférence
 être fatigué de (be tired of): colère -tanné-, dégoût -veut plus rien savoir-, tristesse
 -abandonne-

The Measure of Affect Content (MAC)

(in French: Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs, MICA)

A) **Affect Quality or Valence:** The quality of the affective experience in terms of its pleasure-displeasure dimension.

→ **Positive** affect: Pleasurable, agreeable (Attraction It and Positive Me in Dahl's system). Also includes **neutral** experiences. Rate + (plus sign)

→ **Negative** affect: Displeasure, disagreeable (Repulsion It and Negative Me in Dahl's system). Rate – (minus sign)

B) **Affect Content:** The affect's specific content or category. This version has 24.

→ Interest:	rate (i)
→ Indifference:	rate (in)
→ Surprise:	rate (s)
→ Joy:	rate (j)
→ Sadness:	rate (t) (for Tristesse)
→ Desire:	non-relational, rate (de) (for Désir)
→ Love-other:	relational, directed toward other, rate (aa) (for Amour-Autre)
→ Love-self:	directed toward self, rate (as) (for Amour-Soi)
→ Sex:	rate (sex)
→ Anger-other:	turned against other, rate (ca) (for Colère-Autre)
→ Anger-self:	turned against self, rate (cs) (for Colère-Soi)
→ Disgust-other:	turned against other, rate (da) (for Dégoût-Autre)
→ Disgust-self:	turned against self, rate (ds) (for Dégoût -soi)
→ Contempt-other:	turned against other, rate (ma) (for Mépris-Autre)
→ Contempt-self:	turned against self, rate (ms) (for Mépris-Soi)
→ Admiration-other:	directed toward self, rate (ada) (for Admiration-Autre)
→ Admiration-self:	directed toward other, rate (ads) (for Admiration-Soi)
→ Fear:	rate (p) (for Peur)
→ Calm:	rate (cal)
→ Shame-shyness:	rate (h) (for Honte)
→ Guilt:	rate (cu) (for culpabilité)
→ Helplessness:	rate (im) (for Impuissance)
→ Negative:	binary-undifferentiated, rate (neg)
→ Positive:	binary-undifferentiated, rate (pos)

Scoring instructions: Affect quality and content are **always** rated; if the experience is made of a combination or blend of more than one specific affect, choose the most important among the above. Indicate affect content in parentheses. Select only **one** affect quality or content. See the scoring manual for details.

Références

- Beretta, V., de Roten, Y., Lecours, S., Michel, L., & Despland, J.-N. (2006). Mentalization of affects: An exploratory study on psychic elaboration and in-session expression of affects during a Brief Psychodynamic Intervention for Depression. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 14(2), 326-349.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. New York: Basic Books.
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A., et al. (in press). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., & Descheneaux, E. (2012). What does sadness mean to BPD patients? *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 939-955.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., & Descheneaux, E. (2010). La capacité d'être triste : Implications pour la psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 30(4), 191-201.
- Dahl, H., Hölzer, M., & Berry, J. W. (1992). *How to classify emotions for psychotherapy research*. Ulm: Ulmer Textbank.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum.
- Izard, C. E. (1972). *Patterns of emotion*. New York: Academic Press.
- Izard, C. E., Libero, D. Z., Putnam, P., & Haynes, O. M. (1993). Stability of emotion experiences and their relations to traits of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 847-860.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affects, trauma, alexithymia*. Hillsdale: Analytic Press.
- Lecours, S. (2007). Supportive interventions and non symbolic mental functioning. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 895-915.
- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (2011). Verbal elaboration of distinct affect categories and BPD symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 26-41.
- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855-875.
- Lecours, S., Descheneaux, E., & Briand-Malenfant, R. (2013). Affect regulation and mentalization in narcissistic personality disorder. In J. S. Ogronczuk (Ed), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 129-145). Washington: APA Press.
- Lecours, S., Robert, G., & Desruisseaux, F. (2009). Alexithymie et élaboration verbale de l'affect chez des adultes souffrant d'une pathologie respiratoire. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59(3), 187-195.
- Lecours, S., Sanlian, N., & Bouchard, M.-A. (2007). Assessing verbal elaboration of affect in clinical interviews: Exploring sex differences. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(3), 227-247.
- Lecours, S., Bouchard, M.-A., St-Amand, P., & Perry, J. C. (2000). Assessing verbal elaboration of affect in psychotherapy: A preliminary report and single case study. *Psychotherapy Research*, 10(1), 47-56.
- Luquet, P. (2002). *Les niveaux de pensée*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris: Laboratoire Delagrangue.
- Ouss, L., Carton, S., Jouvent, R., & Widlöcher, D. (1990). Traduction et validation de l'échelle d'émotions différentielles d'Izard. *L'Encéphale*, 16, 453-458.
- Ricard-St-Aubin, J. S., Philippe, F., Beaulieu-Pelletier, G., & Lecours, S. (2010). Validation Canadienne-Française du Differential Emotions Scale IV (DES-IV) : Étude des Profils Émotionnels Distincts en Lien avec l'Ajustement Psychologique et la Personnalité. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 60(1), 41-53.

Annexe 1
Calcul du score pondéré d'ÉVA

Syntaxe SPSS
COMMENT Score pondéré GÉVA pour les affects à valence négative.

```

COMPUTE somn=SUM(s1n,s2n,s3n,s4n).
COMPUTE motn=SUM(m1n,m2n,m3n,m4n).
COMPUTE iman=SUM(i1n,i2n,i3n,i4n).
COMPUTE vern=SUM(v1n,v2n,v3n,v4n).
COMPUTE totn=SUM(somn,motn,iman,vern).
COMPUTE xsomn=((4*s4n/somn)+(3*s3n/somn)+(2*s2n/somn)+(s1n/somn)).
IF (somn = 0) xsomn = 1.
COMPUTE xmotn=((4*m4n/motn)+(3*m3n/motn)+(2*m2n/motn)+(m1n/motn)).
IF (motn = 0) xmotn = 1.
COMPUTE ximan=((4*i4n/iman)+(3*i3n/iman)+(2*i2n/iman)+(i1n/iman)).
IF (iman = 0) ximan = 1.
COMPUTE xvern=((4*v4n/vern)+(3*v3n/vern)+(2*v2n/vern)+(v1n/vern)).
IF (vern = 0) xvern = 1.
COMPUTE psomn=(somn/totn).
COMPUTE pmotn=(motn/totn).
COMPUTE piman=(iman/totn).
COMPUTE pvern=(vern/totn).
COMPUTE ponn=((4*xvern*pvern)+(3*ximan*piman)+(2*xmotn*pmotn)+(xsomn*psomn))/4.

```

Annexe 2
Calcul des accords inter-juges
Segmentation
Donner les 2 formules en insistant sur la plus conservatrice.

Cotation
Suggérer le kappa.
Donner les repères pour l'interprétation. Et les niveaux requis pour la fin de la formation.
Donner un exemple de tableau. Expliquer l'accord pour les cotes supplémentaires : « a » seul, « c, g, p » pour le niveau 3 (sur du niveau 4 seulement), « s » exclu personnellement car très rarement coté".

Anhang B - Interviewleitfaden des Adult Attachment Interviews

Interviewleitfaden des Adult Attachment Interviews

Das Interview, das ich mit Ihnen jetzt durchführen werde, wird ungefähr eine Stunde dauern, je nachdem was Sie mir alles zu erzählen haben. Es geht dabei hauptsächlich um Ihre Kindheit, doch wir werden auch auf spätere Jahre sowie auf Ihre heutige Lebenssituation zu sprechen kommen.

1) Geben Sie mir bitte zunächst einen kurzen Überblick über Ihre damalige Familiensituation. Erzählen Sie mir einfach, wo Sie geboren sind, wo Sie mit Ihren Eltern gelebt haben, ob Sie häufig umgezogen sind und was Ihre Eltern beruflich gemacht haben.

- Haben Sie mit Ihren Großeltern als Kind viel Zeit verbracht? eventuell: Ihre Großmutter/Ihr Großvater väterlicherseits/mütterlicherseits starb, bevor Sie geboren wurden? Wie alt waren Ihre Mutter/Ihr Vater damals? Hat sie/er häufig von ihr/ihm erzählt?
- Haben Sie Geschwister? Sind Sie zusammen mit Ihren Geschwistern bei Ihren Eltern aufgewachsen? Lebten außer Ihren Geschwistern und Ihren Eltern noch weitere Personen bei Ihnen zu Hause?
- Hatten Sie eine(n) besten Freund(in)
- Wer von den angesprochenen Personen war eine wichtige Bezugsperson?

2) Können Sie bitte versuchen, mir die Beziehung, die Sie als kleines Kind zu Ihrer Mutter und zu Ihrem Vater hatten, zu beschreiben? Am besten wäre es, wenn Sie mit den frühesten Erinnerungen beginnen würden.

- Falls es eine andere Bindungsfigur außer Mutter oder Vater gab, diese hier auch abfragen! (z. B. Oma)
- Falls Patient Schwierigkeiten mit der Beantwortung dieser Frage hat, sollte mit konkreten Fragen weitergeholfen werden: Was haben Ihre Mutter/Ihr Vater denn so mit Ihnen gemacht? Haben Sie mit Ihnen gespielt? Wann waren Ihre Mutter/Ihr Vater daheim? Wie sahen die Wochenenden aus? Haben Sie etwas zusammen unternommen? Können Sie sich an ein bestimmtes Ereignis mit Ihrer Mutter/Ihrem Vater erinnern?

3) Versuchen Sie nun fünf Eigenschaftswörter zu finden, welche die Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit (Kindheit bis Jugend) möglichst treffend beschreiben. Lassen Sie sich dafür ruhig Zeit und überlegen Sie erst Mal 1 Minute. Danach werde ich Sie fragen, welches konkrete Ereignis Sie damit verbinden, welche Episode Ihnen konkret dazu einfällt.

- Adjektive sollten ruhig notiert werden!
- Hier darauf achten, daß die Beziehung zwischen Mutter und Patient als Kind beschrieben wird; falls nicht, einmal Instruktion wiederholen
- Nachdem Patient die Adjektive aufgezählt hat, diese einzeln nacheinander bzgl. Konkreter Episoden aus der Kindheit abfragen, z. B.: „Sie haben gesagt, die Beziehung zu Ihrer Mutter war freundlich, welches konkrete Ereignis verbinden Sie mit dieser Beschreibung?“
- Die konkreten Erinnerungen sollten so früh wie möglich zurückreichen. Manchmal fangen Patienten in der späten Jugend an. Hier noch mal betonen, dass es um die Kindheit geht.

4) Jetzt kommen wir auf Ihren Vater zu sprechen. Versuchen Sie nun fünf Eigenschaftswörter auszuwählen, welche die Beziehung zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit beschreiben. Lassen Sie sich wieder Zeit dafür. Ich werde Sie danach ebenfalls fragen, welches konkrete Ereignis Sie

jeweils damit verbinden.

- Nachfragen wie bei Frage 3

5) Fühlten Sie sich Ihrem Vater oder Ihrer Mutter näher?

- Woran lag das? Wenn Sie die Beziehung in Ihrer Kindheit einerseits zu Ihrer Mutter und andererseits die zu Ihrem Vater vergleichen, wie unterscheiden Sie sich voneinander?

6) Wenn Sie sich als Kind nicht wohl gefühlt haben, was haben Sie dann gemacht?

- Patient soll zu eigener Interpretation von "nicht wohl fühlen" angeregt werden, erst dann mit den weiteren Fragen fortfahren
- Wenn Sie als Kind Kummer hatten oder traurig waren, was haben Sie dann gemacht? Fällt Ihnen dazu ein bestimmtes Ereignis ein?
- Können Sie sich erinnern, was passiert ist, wenn Sie sich als Kind weh getan haben, wenn Sie sich verletzt hatten? Gibt es da eine bestimmte Situation, die Ihnen dazu einfällt?
- Wie war das, wenn Sie als Kind krank waren? Sind damit bestimmte Erinnerungen verbunden? Wenn berichtet wird, dass man zu den Eltern gegangen ist, soll nach Details gefragt werden, die spontan dazu einfallen.
- Danach direkt nachfragen, ob Patient als Kind von Eltern in den Arm genommen worden ist und ob er/sie sich körperlichen Kontakt gewünscht hat. Nimmt Patient in den Antworten nur auf einen Elternteil Bezug, soll nach dem anderen Elternteil gefragt werden.

7) Können Sie sich erinnern, wann Sie als Kind zum ersten Mal von Ihren Eltern getrennt waren?

- Wie kam es zu dieser Trennung? Wie alt waren Sie damals? Wie haben Sie diese Trennung erlebt? Wie haben Ihre Eltern auf diese Trennung reagiert?
- Können Sie sich noch an andere Trennungserlebnisse erinnern?

8) Haben Sie sich als kleines Kind jemals abgelehnt gefühlt?

- Es ist hier wichtig, dass Sie diese Ablehnung als Kind so empfunden haben, auch wenn Sie dies vielleicht heute als Erwachsener ganz anders beurteilen würden. (Eventuell ein eigenes Beispiel geben oder ein Beispiel, das schon genannt wurde, jedoch genügend Zeit für eine eigene Interpretation lassen).
- Wie alt waren Sie, als Sie sich zum ersten Mal so fühlten? Wie haben Sie darauf reagiert? Warum glauben Sie, haben sich Ihre Eltern so verhalten?
- Denken Sie, dass sich Ihre Eltern dieser zurückweisenden Haltung bewusst waren?

ACHTUNG!! Vor dieser folgenden Frage darauf achten, dass traumatische Ereignisse nicht vom Interviewer eingebracht werden, falls Patient schon etwas erzählt hat. Die Frage „naiv“ stellen.

9) Haben Sie sich jemals von Ihren Eltern bedroht gefühlt, vielleicht auch dann, wenn Ihre Eltern Ihnen etwas aus Spaß oder aus disziplinarischen Gründen angedroht haben? Was genau ist passiert?

- Einige Personen, die wir befragt haben, berichten uns, dass Ihnen angedroht wurde, von Ihren Eltern verlassen zu werden oder von zu Hause weggeschickt zu werden. Haben Sie jemals erlebt, dass Ihre Eltern Ihnen das angedroht haben? Was genau ist passiert?
- Manche Personen haben uns erzählt, dass sie misshandelt (Schläge) oder missbraucht

worden sind. Haben Sie so etwas Ähnliches auch erlebt? Gab es etwas Derartiges in Ihrer Familie? Wie alt waren Sie zu dieser Zeit? Ist es häufiger vorgekommen? Was genau ist passiert? Wie würden Sie das Ausmaß dieser Misshandlung beurteilen?

- Haben Sie sich früher einmal gefürchtet oder sich nicht sicher gefühlt? Was genau ist passiert?
- Haben Sie Angst, dass Ihnen heute so etwas noch mal widerfährt? Wann und in welchen Situationen genau tritt diese Angst wieder auf?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen dieses Erlebnis / diese Erlebnisse heute als Erwachsener noch zu schaffen macht?
- Glauben Sie, dass es Auswirkungen auf Ihre Person gehabt hat? Hat es die Art und Weise, wie Sie mit Ihren Familienmitgliedern (Eltern) oder eigenen Kindern umgehen, beeinflusst?

10) In welcher Weise glauben Sie, haben die Erfahrungen mit Ihren Eltern Ihre Persönlichkeit als Erwachsener beeinflusst?

- Gibt es bestimmte Ereignisse (Aspekte), die Ihrer Meinung nach Ihre Entwicklung behindert haben?

11) Haben Sie eine Erklärung dafür, warum sich Ihre Eltern Ihnen als Kind gegenüber so verhalten haben, wie sie es getan haben?

12) Gab es neben Ihren Eltern noch weitere Erwachsene, die Ihnen sehr nahe standen, die Ihnen besonders wichtig waren? (Bedeutung bzw. Art der Beziehung)

ACHTUNG!! Vor dieser folgenden Frage darauf achten, dass Verlusterlebnisse nicht vom Interviewer eingebracht werden, falls Patient schon etwas erzählt hat. Die Frage „naiv“ stellen.

13) Haben Sie als kleines Kind den Tod irgendeines nahen Familienmitglieds erlebt?

- Könnten Sie mir die näheren Umstände beschreiben?
- Wie alt waren Sie damals?
- Wie haben Sie damals reagiert?
- Waren Sie auf den Tod vorbereitet oder kam er überraschend? Können Sie sich daran erinnern, wie Sie sich damals fühlten?
- Haben sich Ihre Gefühle in Bezug auf diesen Verlust im Verlauf der Zeit verändert?
- Durften Sie an der Beerdigung teilnehmen? Welche Bedeutung hatte dies für Sie?
- Glauben Sie, dass dieser Verlust Ihre Persönlichkeit beeinflusst hat?
- wenn Eltern oder Geschwister gestorben sind:
- Welche Auswirkungen hatte der Tod Ihrer Mutter/Ihres Vaters/Ihres Bruders/Ihrer Schwester auf die anderen Familienmitglieder und auf Ihr Zusammenleben (auf den anderen Elternteil, Haushalt, Lebensumstände)?
- Hat sich die Situation über die Jahre hinweg verändert?
- Wurde Ihre Beziehung zu Ihren Kindern dadurch beeinflusst?
- Sind weitere Personen, denen sie nahe standen, in letzter Zeit verstorben? (Nachfragen siehe oben)

14) Hat es in Ihrer Beziehung zu Ihren Eltern seit Ihrer Kindheit viele Veränderungen gegeben? Also über die ganze Kindheit hinweg bis heute? (Pubertät: Rebellion, Versöhnungen)

15) Wie sieht das Verhältnis, Ihre Beziehung zu Ihren Eltern heute aus?

- Wie viel Kontakt haben Sie; Ursache von Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit

- Inwiefern haben Sie die Erfahrungen mit ihren Eltern in Bezug auf Partnerbeziehungen beeinflusst?
- Glauben Sie, dass diese früheren Erfahrungen einen Einfluss auf die Wahl ihres Partners haben?

ACHTUNG: Vor Frage 16 erst fragen, ob Patient Kinder hat. Wenn nicht, Patient bitten, sich ein phantasiertes Kind vorzustellen.

16) Mit welchen Gefühlen reagieren Sie jetzt auf Trennungen von Ihrem Kind?

- Machen Sie sich jemals Sorgen um Ihr Kind? Hier darauf achten, ob sich Patient irrationale Sorgen macht. Diese genau abfragen.

17) Wenn Sie drei Wünsche für Ihre Tochter/Ihren Sohn frei hätten, wenn sie/er ungefähr 20 Jahre alt wäre, wie sähen die aus? Ich denke daran, was für eine Zukunft Sie Ihrem Kind wünschen. Lassen Sie sich ruhig eine Minute Zeit, um darüber nachzudenken.

18) Gibt es etwas Bestimmtes, von dem Sie annehmen, dass Sie es aus Ihren Kindheitserfahrungen gelernt haben? Was hoffen Sie, wird Ihre Tochter/Ihr Sohn einmal von Ihnen lernen?

Anhang C - Auswertungsbogen – Skala des Reflexiven Selbst

Demand-Fragen:

Rating:

1. Wie war Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit? Fühlten Sie sich Ihrer Mutter nah?

.....

2. Warum hat sich Ihre Mutter in Ihrer Kindheit so verhalten?

.....

3. Wie war Ihre Beziehung zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit? Fühlten Sie sich Ihrem Vater nah?

.....

4. Warum hat sich Ihr Vater in Ihrer Kindheit so verhalten?

.....

5. Wem fühlten Sie sich näher, dem Vater oder der Mutter? Warum?

.....

6. Wem sind Sie ähnlicher, Vater oder Mutter? Warum?

.....

7. Wie würden Sie sich selbst beschreiben? Haben Ihre Kindheitserfahrungen Einfluß darauf gehabt, wie Sie heute sind?

.....

8. Fühlten Sie sich als Kind jemals zurückgewiesen oder unverstanden?

.....

9. Hat es seit Ihrer Kindheit in Ihrer Beziehung zu den Eltern irgendwelche Veränderungen gegeben?

.....

10. Zum Umgang mit Verlusten/Trennungen/Traumatisierungen/Mißbrauch (jeweils einzeln zu bewerten)

a) Wie haben Sie sich damals gefühlt, und wie haben sich die Gefühle über die Zeit hinweg verändert?

b) ...

.....

11. Wie war/ist Ihre Beziehung zu Ihrem(n) Partner(n)? Erkennen Sie ein bestimmtes „Muster“ in Ihren Partnerschaften?

.....

12. Jede andere Frage vom demand-Typ, die der Interviewer in einem jeweiligen Interview hinzugefügt (z.B. Und warum glauben Sie, hat sie/er sich so verhalten?).

.....

Hinweise auf negative Reflexivität: _____

Gesamtscore: _____ Unterformen: _____

Anhang D - SCL-90-R Fragebogen

Codenummer / Name: Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Bildungsstand: <input type="checkbox"/> Haupt-/Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> abgeschl. Studium <input type="checkbox"/> unbekannt Alter: Datum:	SCL- 90-R
---	--------------

Anleitung Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. Bitte beantworten Sie jede Frage!	Beispiel: Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen? Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen (4) = „sehr stark“ an. Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
--	---

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; height: 1.2em;"> 01234 </div>
1. Kopfschmerzen	011234
2. Nervosität oder innerem Zittern	011234
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	011234
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	011234
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	011234
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	011234
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	011234
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	011234
9. Gedächtnisschwierigkeiten	011234
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	011234
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	011234
12. Herz- und Brustschmerzen	011234
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	011234
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	011234
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	011234
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	011234
17. Zittern	011234
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	011234
19. schlechtem Appetit	011234
20. Neigung zum Weinen	011234
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	011234
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	011234
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	011234
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	011234
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	011234
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	011234
27. Kreuzschmerzen	011234
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	011234
29. Einsamkeitsgefühlen	011234
30. Schwermut	011234
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	011234
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	011234
33. Furchtsamkeit	011234
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	011234
35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	011234
36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	011234
37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	011234
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist	011234
39. Herzklopfen oder Herzjagen	011234
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	011234

SCL-
90-R

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	011234
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	011234
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	011234
44. Einschlafschwierigkeiten	011234
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	011234
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	011234
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	011234
48. Schwierigkeiten beim Atmen	011234
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	011234
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	011234
51. Leere im Kopf	011234
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	011234
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	011234
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	011234
55. Konzentrationsschwierigkeiten	011234
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	011234
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	011234
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	011234
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	011234
60. dem Drang, sich zu überessen	011234
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	011234
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	011234
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	011234
64. frühem Erwachen am Morgen	011234
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	011234
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	011234
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	011234
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	011234
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	011234
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	011234
71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	011234
72. Schreck- und Panikanfällen	011234
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	011234
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	011234
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	011234
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	011234
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	011234
78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	011234
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	011234
80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	011234
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	011234
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	011234
83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	011234
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	011234
85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	011234
86. schreckenenerregenden Gedanken und Vorstellungen	011234
87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	011234
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	011234
89. Schuldgefühlen	011234
90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	011234

Anhang E - Verwendetes Datenmaterial für die Einzelfalldarstellungen in den Therapien

Absolute und relative Häufigkeiten der Emotionen je Messzeitpunkt in den Therapien

Patient 1	Messzeitpunkt													
	1		2		3		4		5		6		Gesamt	
Gefühl	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Liebe andere (aa)	25	8,3%	20	13,2%	24	13,3%	3	2,2%	8	10,7%	41	16,7%	121	11,1%
Bewunderung andere (ada)	5	1,7%	9	6,0%	1	0,6%	4	2,9%	3	4,0%	13	5,3%	35	3,2%
Bewunderung selbst (ads)	5	1,7%	7	4,6%	2	1,1%	2	1,5%	1	1,3%	3	1,2%	20	1,8%
Liebe selbst (as)	4	1,3%	0	0,0%	9	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	1,6%	17	1,6%
Ärger andere (ca)	20	6,6%	6	4,0%	11	6,1%	2	1,5%	3	4,0%	25	10,2%	67	6,1%
Ruhe (cal)	9	3,0%	3	2,0%	6	3,3%	0	0,0%	1	1,3%	7	2,9%	26	2,4%
Ärger selbst (cs)	3	1,0%	1	0,7%	0	0,0%	4	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	8	0,7%
Schuld (cu)	5	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	2,2%	5	6,7%	0	0,0%	13	1,2%
Ekel andere (da)	20	6,6%	10	6,6%	17	9,4%	10	7,3%	2	2,7%	10	4,1%	69	6,3%
Verlangen (de)	27	8,9%	12	7,9%	23	12,8%	5	3,6%	5	6,7%	13	5,3%	85	7,8%
Ekel selbst	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,4%
Scham (h)	1	0,3%	2	1,3%	7	3,9%	1	0,7%	2	2,7%	3	1,2%	16	1,5%
Interesse (i)	19	6,3%	9	6,0%	5	2,8%	0	0,0%	5	6,7%	20	8,2%	58	5,3%
Hilflosigkeit (im)	1	0,3%	2	1,3%	8	4,4%	18	13,1%	7	9,3%	3	1,2%	39	3,6%
Indifferenz (in)	1	0,3%	3	2,0%	1	0,6%	2	1,5%	1	1,3%	1	0,4%	9	0,8%
Freude (j)	39	12,9%	13	8,6%	7	3,9%	8	5,8%	10	13,3%	23	9,4%	100	9,2%
Verachtung andere (ma)	16	5,3%	7	4,6%	1	0,6%	7	5,1%	2	2,7%	5	2,0%	38	3,5%
Verachtung selbst (ms)	2	0,7%	5	3,3%	2	1,1%	17	12,4%	0	0,0%	0	0,0%	26	2,4%
Undifferenziert negativ (neg)	29	9,6%	7	4,6%	4	2,2%	10	7,3%	3	4,0%	5	2,0%	58	5,3%
Angst (p)	15	5,0%	7	4,6%	25	13,9%	7	5,1%	3	4,0%	16	6,5%	73	6,7%
Undifferenziert positiv (pos)	18	5,9%	7	4,6%	4	2,2%	12	8,8%	4	5,3%	5	2,0%	50	4,6%
Überraschung (s)	5	1,7%	3	2,0%	1	0,6%	3	2,2%	1	1,3%	13	5,3%	26	2,4%
Sex (sex)	0	0,0%	7	4,6%	15	8,3%	3	2,2%	5	6,7%	12	4,9%	42	3,8%
Trauer (t)	34	11,2%	11	7,3%	7	3,9%	12	8,8%	4	5,3%	23	9,4%	91	8,3%

Patient 2	Messzeitpunkt													
	1		2		3		4		5		6		Gesamt	
Gefühl	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Liebe andere (aa)	11	3,4%	4	1,4%	36	13,2%	1	0,4%	11	5,4%	0	0,0%	63	4,8%
Bewunderung andere (ada)	11	3,4%	5	1,7%	24	8,8%	2	0,9%	12	5,9%	0	0,0%	54	4,1%
Bewunderung selbst (ads)	3	0,9%	2	0,7%	2	0,7%	4	1,8%	4	2,0%	0	0,0%	15	1,1%
Liebe selbst (as)	13	4,0%	12	4,1%	3	1,1%	25	11,2%	14	6,9%	0	0,0%	67	5,1%
Ärger andere (ca)	34	10,4%	22	7,5%	20	7,3%	21	9,4%	15	7,4%	0	0,0%	112	8,5%
Ruhe (cal)	8	2,5%	14	4,8%	12	4,4%	12	5,4%	3	1,5%	0	0,0%	49	3,7%
Ärger selbst (cs)	15	4,6%	9	3,1%	0	0,0%	5	2,2%	5	2,5%	0	0,0%	34	2,6%
Schuld (cu)	0	0,0%	4	1,4%	2	0,7%	1	0,4%	4	2,0%	0	0,0%	11	0,8%
Ekel andere (da)	3	0,9%	12	4,1%	33	12,1%	3	1,3%	9	4,4%	0	0,0%	60	4,5%
Verlangen (de)	14	4,3%	12	4,1%	28	10,3%	14	6,3%	26	12,7%	0	0,0%	94	7,1%
Ekel selbst (ds)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	2,0%	0	0,0%	4	0,3%
Scham (h)	23	7,1%	5	1,7%	0	0,0%	4	1,8%	4	2,0%	0	0,0%	36	2,7%
Interesse (i)	20	6,1%	5	1,7%	7	2,6%	8	3,6%	6	2,9%	0	0,0%	46	3,5%
Hilflosigkeit (im)	6	1,8%	25	8,5%	6	2,2%	15	6,7%	10	4,9%	0	0,0%	62	4,7%
Indifferenz (in)	0	0,0%	0	0,0%	2	0,7%	2	0,9%	1	0,5%	0	0,0%	5	0,4%
Freude (j)	13	4,0%	16	5,4%	19	7,0%	24	10,8%	12	5,9%	0	0,0%	84	6,4%
Verachtung andere (ma)	13	4,0%	17	5,8%	12	4,4%	2	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	44	3,3%
Verachtung selbst (ms)	13	4,0%	10	3,4%	1	0,4%	3	1,3%	1	0,5%	0	0,0%	28	2,1%
Undifferenziert negativ (neg)	11	3,4%	24	8,2%	3	1,1%	7	3,1%	7	3,4%	0	0,0%	52	3,9%
Angst (p)	38	11,7%	48	16,3%	11	4,0%	28	12,6%	9	4,4%	0	0,0%	134	10,2%
Undifferenziert positiv (pos)	12	3,7%	10	3,4%	5	1,8%	13	5,8%	3	1,5%	0	0,0%	43	3,3%
Überraschung (s)	4	1,2%	1	0,3%	5	1,8%	0	0,0%	3	1,5%	0	0,0%	13	1,0%
Sex (sex)	23	7,1%	12	4,1%	29	10,6%	5	2,2%	24	11,8%	0	0,0%	93	7,0%
Trauer (t)	38	11,7%	25	8,5%	13	4,8%	24	10,8%	17	8,3%	0	0,0%	117	8,9%

Patientin 3	Messzeitpunkt													
	1		2		3		4		5		6		Gesamt	
Gefühl	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Liebe andere (aa)	11	5,8%	7	3,5%	16	5,8%	16	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	50	5,1%
Bewunderung andere (ada)	17	8,9%	4	2,0%	8	2,9%	2	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	31	3,2%
Bewunderung selbst (ads)	2	1,0%	3	1,5%	7	2,5%	14	4,4%	0	0,0%	0	0,0%	26	2,6%
Liebe selbst (as)	1	0,5%	0	0,0%	3	1,1%	1	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	5	0,5%
Ärger andere (ca)	36	18,8%	38	19,0%	64	23,3%	69	21,7%	0	0,0%	0	0,0%	207	21,0%
Ruhe (cal)	3	1,6%	8	4,0%	8	2,9%	12	3,8%	0	0,0%	0	0,0%	31	3,2%
Ärger selbst (cs)	0	0,0%	2	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,2%
Schuld (cu)	6	3,1%	4	2,0%	3	1,1%	3	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	16	1,6%
Ekel andere (da)	13	6,8%	10	5,0%	27	9,8%	15	4,7%	0	0,0%	0	0,0%	65	6,6%
Verlangen (de)	5	2,6%	8	4,0%	19	6,9%	25	7,9%	0	0,0%	0	0,0%	57	5,8%
Scham (h)	2	1,0%	1	0,5%	3	1,1%	2	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	8	0,8%
Interesse (i)	8	4,2%	8	4,0%	4	1,5%	16	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	36	3,7%
Hilflosigkeit (im)	1	0,5%	0	0,0%	8	2,9%	12	3,8%	0	0,0%	0	0,0%	21	2,1%
Indifferenz (in)	3	1,6%	8	4,0%	4	1,5%	6	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	21	2,1%
Freude (j)	18	9,4%	15	7,5%	20	7,3%	14	4,4%	0	0,0%	0	0,0%	67	6,8%
Verachtung andere (ma)	20	10,5%	17	8,5%	35	12,7%	36	11,3%	0	0,0%	0	0,0%	108	11,0%
Verachtung selbst (ms)	2	1,0%	3	1,5%	3	1,1%	6	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	14	1,4%
Undifferenziert negativ (neg)	2	1,0%	6	3,0%	4	1,5%	17	5,3%	0	0,0%	0	0,0%	29	2,9%
Angst (p)	10	5,2%	11	5,5%	10	3,6%	17	5,3%	0	0,0%	0	0,0%	48	4,9%
Undifferenziert positiv (pos)	7	3,7%	11	5,5%	3	1,1%	6	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	27	2,7%
Überraschung (s)	15	7,9%	23	11,5%	10	3,6%	20	6,3%	0	0,0%	0	0,0%	68	6,9%
Sex (sex)	0	0,0%	0	0,0%	7	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	0,7%
Trauer (t)	9	4,7%	13	6,5%	9	3,3%	9	2,8%	0	0,0%	0	0,0%	40	4,1%

Patientin 4	Messzeitpunkt													
	1		2		3		4		5		6		Gesamt	
Gefühl	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Liebe andere (aa)	14	5,5%	16	7,9%	6	5,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	36	6,3%
Bewunderung selbst (ads)	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Liebe selbst (as)	14	5,5%	5	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	19	3,3%
Ärger andere (ca)	10	3,9%	13	6,4%	4	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	27	4,7%
Ruhe (cal)	7	2,8%	7	3,5%	8	6,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	22	3,8%
Ärger selbst (cs)	9	3,5%	16	7,9%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	26	4,5%
Schuld (cu)	7	2,8%	2	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	1,6%
Ekel andere (da)	6	2,4%	2	1,0%	7	6,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	15	2,6%
Verlangen (de)	24	9,4%	11	5,4%	17	14,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	52	9,1%
Ekel selbst (ds)	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Scham (h)	2	0,8%	3	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	0,9%
Interesse (i)	6	2,4%	8	4,0%	3	2,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	17	3,0%
Hilflosigkeit (im)	19	7,5%	23	11,4%	5	4,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	47	8,2%
Indifferenz (in)	3	1,2%	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,7%
Freude (j)	7	2,8%	5	2,5%	6	5,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	18	3,1%
Verachtung andere (ma)	1	0,4%	2	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,5%
Verachtung selbst (ms)	17	6,7%	9	4,5%	5	4,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	31	5,4%
Undifferenziert negativ (neg)	14	5,5%	4	2,0%	3	2,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	21	3,7%
Angst (p)	32	12,6%	56	27,7%	37	31,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	125	21,9%
Undifferenziert positiv (pos)	6	2,4%	0	0,0%	6	5,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	2,1%
Überraschung (s)	3	1,2%	9	4,5%	4	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	16	2,8%
Sex (sex)	2	0,8%	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,5%
Trauer (t)	50	19,7%	9	4,5%	3	2,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	62	10,8%

Patientin 5	Messzeitpunkt													
	1		2		3		4		5		6		Gesamt	
Gefühl	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Liebe andere (aa)	17	10,1%	9	8,6%	0	0,0%	7	5,7%	0	0,0%	0	0,0%	33	6,6%
Bewunderung andere (ada)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Bewunderung selbst (ads)	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,4%
Liebe selbst (as)	1	0,6%	6	5,7%	1	0,9%	9	7,3%	0	0,0%	0	0,0%	17	3,4%
Ärger andere (ca)	16	9,5%	13	12,4%	6	5,6%	7	5,7%	0	0,0%	0	0,0%	42	8,3%
Ruhe (cal)	0	0,0%	9	8,6%	4	3,7%	7	5,7%	0	0,0%	0	0,0%	20	4,0%
Ärger selbst (cs)	0	0,0%	1	1,0%	3	2,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,8%
Schuld (cu)	0	0,0%	1	1,0%	3	2,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,8%
Ekel andere (da)	7	4,2%	5	4,8%	8	7,5%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	21	4,2%
Verlangen (de)	25	14,9%	13	12,4%	18	16,8%	15	12,2%	0	0,0%	0	0,0%	71	14,1%
Scham (h)	3	1,8%	9	8,6%	1	0,9%	11	8,9%	0	0,0%	0	0,0%	24	4,8%
Interesse (i)	25	14,9%	2	1,9%	4	3,7%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	32	6,4%
Hilflosigkeit (im)	13	7,7%	2	1,9%	8	7,5%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	24	4,8%
Indifferenz (in)	6	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	8	6,5%	0	0,0%	0	0,0%	14	2,8%
Freude (j)	8	4,8%	5	4,8%	3	2,8%	11	8,9%	0	0,0%	0	0,0%	27	5,4%
Verachtung andere (ma)	2	1,2%	1	1,0%	0	0,0%	3	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	6	1,2%
Verachtung selbst (ms)	1	0,6%	3	2,9%	3	2,8%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	8	1,6%
Undifferenziert negativ (neg)	5	3,0%	5	4,8%	6	5,6%	5	4,1%	0	0,0%	0	0,0%	21	4,2%
Angst (p)	30	17,9%	11	10,5%	28	26,2%	22	17,9%	0	0,0%	0	0,0%	91	18,1%
Undifferenziert positiv (pos)	6	3,6%	3	2,9%	4	3,7%	3	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	16	3,2%
Überraschung (s)	1	0,6%	1	1,0%	0	0,0%	3	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	5	1,0%
Trauer (t)	2	1,2%	5	4,8%	7	6,5%	6	4,9%	0	0,0%	0	0,0%	20	4,0%

Therapeut 1	Messzeitpunkt													
	1		2		3		4		5		6		Gesamt	
Gefühl	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Liebe andere (aa)	13	15,1%	7	21,2%	2	4,1%	7	8,5%	1	4,3%	13	24,5%	43	13,2%
Bewunderung andere (ada)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,4%	2	8,7%	0	0,0%	4	1,2%
Bewunderung selbst (ads)	0	0,0%	1	3,0%	3	6,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	1,2%
Liebe selbst (as)	2	2,3%	1	3,0%	2	4,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	1,5%
Ärger andere (ca)	9	10,5%	2	6,1%	1	2,0%	2	2,4%	1	4,3%	4	7,5%	19	5,8%
Ruhe (cal)	0	0,0%	2	6,1%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	2	3,8%	5	1,5%
Ärger selbst (cs)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
Schuld (cu)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	8,7%	0	0,0%	2	0,6%
Ekel andere (da)	4	4,7%	1	3,0%	0	0,0%	10	12,2%	1	4,3%	0	0,0%	16	4,9%
Verlangen (de)	5	5,8%	7	21,2%	8	16,3%	7	8,5%	4	17,4%	4	7,5%	35	10,7%
Ekel selbst	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	3,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,9%
Scham (h)	3	3,5%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	4	1,2%
Interesse (i)	5	5,8%	0	0,0%	2	4,1%	0	0,0%	1	4,3%	0	0,0%	8	2,5%
Hilflosigkeit (im)	2	2,3%	2	6,1%	0	0,0%	6	7,3%	2	8,7%	1	1,9%	13	4,0%
Indifferenz (in)	0	0,0%	1	3,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,6%
Freude (j)	7	8,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,4%	5	21,7%	3	5,7%	17	5,2%
Verachtung selbst (ms)	6	7,0%	1	3,0%	4	8,2%	10	12,2%	1	4,3%	0	0,0%	22	6,7%
Verachtung andere (ma)	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	7	8,5%	0	0,0%	0	0,0%	8	2,5%
Undifferenziert negativ (neg)	8	9,3%	0	0,0%	1	2,0%	3	3,7%	0	0,0%	1	1,9%	13	4,0%
Angst (p)	6	7,0%	1	3,0%	15	30,6%	11	13,4%	0	0,0%	5	9,4%	38	11,7%
Undifferenziert positiv (pos)	3	3,5%	0	0,0%	1	2,0%	2	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	6	1,8%
Überraschung (s)	2	2,3%	1	3,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	1	1,9%	5	1,5%
Sex (sex)	1	1,2%	2	6,1%	4	8,2%	0	0,0%	2	8,7%	6	11,3%	15	4,6%
Trauer (t)	9	10,5%	4	12,1%	6	12,2%	5	6,1%	1	4,3%	13	24,5%	38	11,7%

Therapeutin 3	Messzeitpunkt													
	1		2		3		4		5		6		Gesamt	
Gefühl	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Liebe andere (aa)	3	12,5%	16	19,8%	6	6,3%	6	7,0%	0	0,0%	0	0,0%	31	10,8%
Bewunderung andere (ada)	2	8,3%	0	0,0%	11	11,5%	3	3,5%	0	0,0%	0	0,0%	16	5,6%
Bewunderung selbst (ads)	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	5	5,8%	0	0,0%	0	0,0%	6	2,1%
Liebe selbst (as)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
Ärger andere (ca)	3	12,5%	11	13,6%	24	25,0%	17	19,8%	0	0,0%	0	0,0%	55	19,2%
Ruhe (cal)	1	4,2%	4	4,9%	1	1,0%	4	4,7%	0	0,0%	0	0,0%	10	3,5%
Ärger selbst (cs)	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
Schuld (cu)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,7%
Ekel andere (da)	0	0,0%	0	0,0%	3	3,1%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	4	1,4%
Verlangen (de)	1	4,2%	2	2,5%	9	9,4%	5	5,8%	0	0,0%	0	0,0%	17	5,9%
Scham (h)	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
Interesse (i)	6	25,0%	6	7,4%	1	1,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	14	4,9%
Hilflosigkeit (im)	0	0,0%	1	1,2%	1	1,0%	3	3,5%	0	0,0%	0	0,0%	5	1,7%
Indifferenz (in)	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	2	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,0%
Freude (j)	1	4,2%	3	3,7%	5	5,2%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	10	3,5%
Verachtung andere (ma)	0	0,0%	7	8,6%	8	8,3%	10	11,6%	0	0,0%	0	0,0%	25	8,7%
Verachtung selbst (ms)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,7%
Undifferenziert negativ (neg)	1	4,2%	1	1,2%	7	7,3%	5	5,8%	0	0,0%	0	0,0%	14	4,9%
Angst (p)	0	0,0%	7	8,6%	4	4,2%	6	7,0%	0	0,0%	0	0,0%	17	5,9%
Undifferenziert positiv (pos)	1	4,2%	3	3,7%	2	2,1%	3	3,5%	0	0,0%	0	0,0%	9	3,1%
Überraschung (s)	4	16,7%	4	4,9%	1	1,0%	5	5,8%	0	0,0%	0	0,0%	14	4,9%
Sex (sex)	0	0,0%	0	0,0%	2	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,7%
Trauer (t)	1	4,2%	14	17,3%	9	9,4%	4	4,7%	0	0,0%	0	0,0%	28	9,8%

Patient 1	Messzeitpunkt					
	1	2	3	4	5	6
	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score
Gefühle	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Liebe andere (aa)	2,7	3,2	3,4	2,7	3,1	2,9
Bewunderung andere (ada)	2,4	2,2	3,0	1,5	2,7	1,9
Bewunderung selbst (ads)	2,0	2,0	2,0	2,0	1,5	2,3
Liebe selbst (as)	2,5		2,1			3,5
Ärger andere (ca)	2,0	1,7	1,6	1,5	2,3	2,2
Ruhe (cal)	3,3	1,3	2,8		4,0	3,6
Ärger selbst (cs)	2,0	3,0		0,8		
Schuld (cu)	3,2			2,3	3,2	
Ekel andere (da)	2,6	3,1	2,1	2,7	4,0	3,4
Verlangen (de)	3,9	3,6	1,8	3,8	3,2	4,0
Ekel selbst (ds)				2,0		
Scham (h)	3,0	3,0	2,3	2,0	2,0	4,0
Interesse (i)	3,4	3,4	2,4		2,4	3,6
Hilflosigkeit (im)	3,0	3,0	2,3	2,4	2,3	3,3
Indifferenz (in)	2,0	1,7	1,0	1,8	2,0	2,0
Freude (j)	3,2	2,9	3,7	3,6	3,5	3,0
Verachtung andere (ma)	2,1	1,9	1,5	2,0	2,0	1,9
Verachtung selbst (ms)	2,0	2,0	3,0	2,0		
Undifferenziert negativ (neg)	3,1	3,7	2,1	2,7	3,3	2,8
Angst (p)	2,0	2,3	2,3	3,3	3,0	3,4
Undifferenziert positiv (pos)	2,8	3,9	2,0	2,9	4,0	3,0
Überraschung (s)	2,5	2,0	2,0	3,3	4,0	2,7
Sex (sex)		3,0	3,0	2,3	3,8	2,9
Trauer (t)	1,9	2,3	2,4	2,5	2,0	3,5

Patient 2	Messzeitpunkt				
	1	2	3	4	5
Gefühle	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Liebe andere (aa)	2,5	2,3	2,8	3,0	2,4
Bewunderung andere (ada)	2,1	2,6	2,0	2,0	2,0
Bewunderung selbst (ads)	2,0	2,0	3,0	1,8	2,0
Liebe selbst (as)	2,9	3,1	3,7	3,2	3,2
Ärger andere (ca)	1,4	2,8	1,7	2,1	2,0
Ruhe (cal)	2,4	3,8	3,3	2,7	3,3
Ärger selbst (cs)	2,2	1,1		2,4	2,8
Schuld (cu)		2,0	2,0	2,0	2,0
Ekel andere (da)	2,0	3,5	2,6	3,0	3,1
Verlangen (de)	3,9	3,7	4,0	3,9	3,9
Ekel selbst (ds)					3,8
Scham (h)	2,0	2,7		2,5	3,0
Interesse (i)	3,6	3,6	3,1	3,6	2,8
Hilflosigkeit (im)	1,6	2,8	3,0	2,4	2,1
Indifferenz (in)			4,0	3,0	4,0
Freude (j)	4,0	3,5	3,1	3,4	2,9
Verachtung andere (ma)	2,0	2,5	1,8	2,0	
Verachtung selbst (ms)	1,9	2,9	2,0	1,8	3,0
Undifferenziert negativ (neg)	3,2	2,5	2,7	3,3	3,6
Angst (p)	3,4	3,8	3,6	2,5	3,9
Undifferenziert positiv (pos)	3,6	2,6	3,4	3,2	3,0
Überraschung (s)	1,8	3,0	2,0		2,7
Sex (sex)	3,6	3,5	3,5	3,6	3,4
Trauer (t)	3,6	2,5	2,9	2,8	2,9

Patientin 3	Messzeitpunkt			
	1	2	3	4
Gefühle	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Liebe andere (aa)	1,8	2,9	2,5	2,1
Bewunderung andere (ada)	1,9	2,0	2,1	2,0
Bewunderung selbst (ads)	2,0	2,0	2,0	2,0
Liebe selbst (as)	4,0		1,8	2,0
Ärger andere (ca)	1,6	1,7	1,7	2,2
Ruhe (cal)	2,0	2,6	2,8	3,1
Ärger selbst (cs)		2,0		
Schuld (cu)	3,3	3,5	4,0	2,7
Ekel andere (da)	2,2	3,1	2,5	3,1
Verlangen (de)	3,8	3,6	3,3	3,4
Scham (h)	3,0	2,0	2,8	1,5
Interesse (i)	3,0	2,6	2,5	3,7
Hilflosigkeit (im)	2,0		2,3	2,5
Indifferenz (in)	3,2	2,9	2,8	3,5
Freude (j)	3,3	2,7	2,4	1,7
Verachtung andere (ma)	2,2	1,8	1,9	1,8
Verachtung selbst (ms)	2,0	1,8	2,0	2,2
Undifferenziert negativ (neg)	3,0	2,7	2,9	2,3
Angst (p)	2,4	2,2	2,5	3,0
Undifferenziert positiv (pos)	2,7	3,1	3,3	2,4
Überraschung (s)	2,4	2,6	2,6	2,6
Sex (sex)			2,1	
Trauer (t)	1,4	2,7	2,3	2,5

Patientin 4	Messzeitpunkt		
	1	2	3
	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score
Gefühle	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Liebe andere (aa)	2,6	2,6	2,3
Bewunderung selbst (ads)		2,0	
Liebe selbst (as)	2,1	1,8	
Ärger andere (ca)	1,6	1,3	0,6
Ruhe (cal)	3,1	2,0	2,6
Ärger selbst (cs)	0,9	1,0	2,0
Schuld (cu)	3,3	2,5	
Ekel andere (da)	2,2	2,0	2,7
Verlangen (de)	4,0	4,0	3,8
Ekel selbst (ds)	2,0		
Scham (h)	1,5	2,0	
Interesse (i)	3,0	2,8	2,0
Hilflosigkeit (im)	2,2	2,0	2,7
Indifferenz (in)	4,0		2,0
Freude (j)	3,0	3,5	3,5
Verachtung andere (ma)	1,0	1,8	
Verachtung selbst (ms)	1,9	1,8	2,0
Undifferenziert negativ (neg)	2,6	2,3	2,3
Angst (p)	2,6	2,8	2,9
Undifferenziert positiv (pos)	2,9		2,8
Überraschung (s)	2,7	2,1	1,9
Sex (sex)	3,5	3,0	
Trauer (t)	2,0	3,8	2,2

Patientin 5	Messzeitpunkt			
	1	2	3	4
Gefühle	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Liebe andere (aa)	2,8	1,6		2,1
Bewunderung andere (ada)				2,0
Bewunderung selbst (ads)		2,0		2,0
Liebe selbst (as)	4,0	2,0	2,0	1,9
Ärger andere (ca)	2,4	1,7	3,7	2,1
Ruhe (cal)		3,0	2,6	2,3
Ärger selbst (cs)		2,0	4,0	
Schuld (cu)		2,0	3,3	
Ekel andere (da)	3,1	2,4	2,4	4,0
Verlangen (de)	4,0	4,0	3,9	3,7
Scham (h)	1,7	1,4	4,0	2,2
Interesse (i)	2,5	2,5	2,5	2,0
Hilflosigkeit (im)	1,4	2,0	2,0	4,0
Indifferenz (in)	2,5			4,0
Freude (j)	3,3	2,8	4,0	2,9
Verachtung andere (ma)	2,0	2,0		2,0
Verachtung selbst (ms)	2,0	2,0	2,0	2,0
Undifferenziert negativ (neg)	2,0	2,8	2,0	2,8
Angst (p)	3,3	2,7	2,4	2,6
Undifferenziert positiv (pos)	3,0	2,7	2,0	1,7
Überraschung (s)	2,0	3,0		2,0
Trauer (t)	2,5	1,8	2,0	3,5

Therapeut 1	Messzeitpunkt					
	1	2	3	4	5	6
Gefühle	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Liebe andere (aa)	3,2	2,5	4,0	1,9	4,0	2,8
Bewunderung andere (ada)				1,0	4,0	
Bewunderung selbst (ads)		2,0	2,0			
Liebe selbst (as)	3,5	4,0	3,1			
Ärger andere (ca)	2,2	1,5	2,0	2,0	1,0	1,5
Ruhe (cal)		3,0		4,0		4,0
Ärger selbst (cs)				0,5		
Schuld (cu)					3,0	
Ekel andere (da)	3,0	2,0		2,2	4,0	
Verlangen (de)	3,4	4,0	2,1	3,7	4,0	4,0
Ekel selbst (ds)				2,0		
Scham (h)	1,5			2,0		
Interesse (i)	3,4		3,0		4,0	
Hilflosigkeit (im)	3,5	3,0		2,3	2,5	2,0
Indifferenz (in)		2,0		2,0		
Freude (j)	3,0			4,0	3,8	3,3
Verachtung selbst (ms)	2,0	2,0	1,5	2,1	4,0	
Verachtung andere (ma)	2,0			2,0		
Undifferenziert negativ (neg)	3,4		2,0	2,7		2,0
Angst (p)	3,3	2,0	2,2	2,5		3,2
Undifferenziert positiv (pos)	3,7		4,0	1,5		
Überraschung (s)	1,8	4,0		2,0		2,0
Sex (sex)	4,0	3,0	3,3		3,5	3,3
Trauer (t)	2,6	2,9	2,7	2,7	1,5	3,3

Therapeutin 3	Messzeitpunkt			
	1	2	3	4
Gefühle	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Liebe andere (aa)	1,8	2,6	2,0	3,2
Bewunderung andere (ada)	2,0		2,0	2,0
Bewunderung selbst (ads)		2,0		2,6
Liebe selbst (as)				3,0
Ärger andere (ca)	2,5	1,5	2,0	2,2
Ruhe (cal)	3,0	2,9	4,0	2,5
Ärger selbst (cs)		4,0		
Schuld (cu)				3,5
Ekel andere (da)			2,6	3,0
Verlangen (de)	4,0	3,5	3,6	3,8
Scham (h)			4,0	
Interesse (i)	4,0	3,5	3,0	3,0
Hilflosigkeit (im)		3,0	2,0	2,5
Indifferenz (in)			1,0	4,0
Freude (j)	2,0	2,7	2,3	3,0
Verachtung andere (ma)		2,0	2,0	1,8
Verachtung selbst (ms)				2,0
Undifferenziert negativ (neg)	2,0	3,0	2,7	2,4
Angst (p)		2,6	2,8	2,1
Undifferenziert positiv (pos)	2,0	3,0	2,0	2,3
Überraschung (s)	4,0	2,0	4,0	2,2
Sex (sex)			3,5	
Trauer (t)	2,0	2,1	3,0	2,5

Anhang F - Verwendetes Datenmaterial für die Einzelfalldarstellungen in den AAI

Patient 1 (AAI)	Messzeitpunkt					
	T 1		T 4		T 6	
Gefühle	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Liebe anderer (aa)	22	10,7%	42	19,0%	29	16,4%
Bewunderung anderer (ada)	7	3,4%	10	4,5%	12	6,8%
Bewunderung Selbst (ads)	1	,5%	1	,5%	1	,6%
Liebe Selbst (as)	1	,5%	7	3,2%	12	6,8%
Ärger andere (ca)	33	16,0%	24	10,9%	28	15,8%
Ruhe (cal)	10	4,9%	14	6,3%	5	2,8%
Ärger selbst (cs)	0	0,0%	1	,5%	0	0,0%
Schuld (cu)	0	0,0%	3	1,4%	4	2,3%
Ekel andere (da)	3	1,5%	6	2,7%	2	1,1%
Verlangen (de)	11	5,3%	8	3,6%	13	7,3%
Scham (h)	2	1,0%	2	,9%	0	0,0%
Interesse (i)	9	4,4%	6	2,7%	4	2,3%
Hilflosigkeit (im)	12	5,8%	8	3,6%	4	2,3%
Gleichgültigkeit (in)	3	1,5%	5	2,3%	1	,6%
Freude (j)	15	7,3%	13	5,9%	11	6,2%
Verachtung andere (ma)	7	3,4%	5	2,3%	3	1,7%
Verachtung selbst (ms)	2	1,0%	4	1,8%	3	1,7%
Undifferenziert negativ (neg)	9	4,4%	20	9,0%	9	5,1%
Angst (p)	20	9,7%	13	5,9%	14	7,9%
Undifferenziert positiv (pos)	15	7,3%	5	2,3%	1	,6%
Überraschung (s)	8	3,9%	2	,9%	2	1,1%
Sex (sex)	1	,5%	2	,9%	0	0,0%
Traurigkeit (t)	15	7,3%	20	9,0%	19	10,7%

Patient 2 (AAI)	Messzeitpunkt					
	T 1		T 4		T6	
Gefühle	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Liebe anderer (aa)	33	13,3%	27	12,0%	25	16,4%
Bewunderung anderer (ada)	0	0,0%	6	2,7%	1	,7%
Bewunderung Selbst (ads)	0	0,0%	2	,9%	4	2,6%
Liebe Selbst (as)	2	,8%	3	1,3%	6	3,9%
Ärger andere (ca)	56	22,6%	62	27,6%	24	15,8%
Ruhe (cal)	3	1,2%	6	2,7%	2	1,3%
Ärger selbst (cs)	1	,4%	0	0,0%	0	0,0%
Schuld (cu)	1	,4%	0	0,0%	0	0,0%
Ekel andere (da)	7	2,8%	6	2,7%	0	0,0%
Verlangen (de)	16	6,5%	7	3,1%	12	7,9%
Scham (h)	10	4,0%	15	6,7%	6	3,9%
Interesse (i)	3	1,2%	6	2,7%	8	5,3%
Hilflosigkeit (im)	9	3,6%	4	1,8%	7	4,6%
Gleichgültigkeit (in)	3	1,2%	7	3,1%	5	3,3%
Freude (j)	21	8,5%	8	3,6%	11	7,2%
Verachtung andere (ma)	7	2,8%	7	3,1%	11	7,2%
Verachtung selbst (ms)	3	1,2%	1	,4%	0	0,0%
Undifferenziert negativ (neg)	3	1,2%	6	2,7%	6	3,9%
Angst (p)	39	15,7%	32	14,2%	12	7,9%
Undifferenziert positiv (pos)	3	1,2%	6	2,7%	1	,7%
Überraschung (s)	0	0,0%	2	,9%	2	1,3%
Sex (sex)	1	,4%	1	,4%	3	2,0%
Traurigkeit (t)	18	7,3%	11	4,9%	6	3,9%

Patientin 3 (AAI)	Messzeitpunkt					
	T 1		T 4		T6	
Gefühle	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Liebe anderer (aa)	52	14,5%	50	17,1%	38	17,4%
Bewunderung anderer (ada)	13	3,6%	9	3,1%	8	3,7%
Bewunderung Selbst (ads)	3	,8%	4	1,4%	0	0,0%
Liebe Selbst (as)	0	0,0%	1	,3%	0	0,0%
Ärger andere (ca)	78	21,7%	58	19,8%	28	12,8%
Ruhe (cal)	5	1,4%	7	2,4%	1	,5%
Ärger selbst (cs)	2	,6%	3	1,0%	2	,9%
Schuld (cu)	11	3,1%	5	1,7%	10	4,6%
Ekel andere (da)	19	5,3%	14	4,8%	11	5,0%
Verlangen (de)	15	4,2%	16	5,5%	10	4,6%
Scham (h)	0	0,0%	1	,3%	2	,9%
Interesse (i)	7	1,9%	5	1,7%	1	,5%
Hilflosigkeit (im)	4	1,1%	2	,7%	1	,5%
Gleichgültigkeit (in)	0	0,0%	5	1,7%	3	1,4%
Freude (j)	35	9,7%	24	8,2%	12	5,5%
Verachtung andere (ma)	23	6,4%	16	5,5%	13	6,0%
Verachtung selbst (ms)	5	1,4%	7	2,4%	3	1,4%
Undifferenziert negativ (neg)	14	3,9%	8	2,7%	2	,9%
Angst (p)	20	5,6%	25	8,5%	18	8,3%
Undifferenziert positiv (pos)	2	,6%	4	1,4%	4	1,8%
Überraschung (s)	8	2,2%	10	3,4%	7	3,2%
Sex (sex)	2	,6%	1	,3%	1	,5%
Traurigkeit (t)	41	11,4%	18	6,1%	43	19,7%

Patientin 4 (AAI)	Messzeitpunkt					
	T 1		T 4		T 6	
Gefühle	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Liebe anderer (aa)	23	8,2%	23	5,3%	22	4,6%
Bewunderung anderer (ada)	3	1,1%	7	1,6%	8	1,7%
Bewunderung Selbst (ads)	0	0,0%	1	,2%	0	0,0%
Liebe Selbst (as)	8	2,8%	3	,7%	15	3,1%
Ärger andere (ca)	45	16,0%	63	14,5%	47	9,8%
Ruhe (cal)	6	2,1%	8	1,8%	8	1,7%
Ärger selbst (cs)	1	,4%	6	1,4%	6	1,3%
Schuld (cu)	8	2,8%	8	1,8%	5	1,0%
Ekel andere (da)	20	7,1%	28	6,5%	34	7,1%
Verlangen (de)	25	8,9%	28	6,5%	43	9,0%
Ekel selbst (ds)	0	0,0%	1	,2%	1	,2%
Schuld (cu)	0	0,0%	0	0,0%	14	2,9%
Scham (h)	10	3,5%	3	,7%	4	,8%
Interesse (i)	5	1,8%	0	0,0%	8	1,7%
Hilflosigkeit (im)	16	5,7%	33	7,6%	8	1,7%
Gleichgültigkeit (in)	3	1,1%	4	,9%	7	1,5%
Freude (j)	10	3,5%	21	4,8%	19	4,0%
Verachtung andere (ma)	15	5,3%	11	2,5%	29	6,1%
Verachtung selbst (ms)	9	3,2%	5	1,2%	8	1,7%
Undifferenziert negativ (neg)	6	2,1%	4	,9%	30	6,3%
Angst (p)	40	14,2%	88	20,3%	80	16,7%
Undifferenziert positiv (pos)	2	,7%	0	0,0%	6	1,3%
Überraschung (s)	4	1,4%	12	2,8%	11	2,3%
Sex (sex)	0	0,0%	6	1,4%	0	0,0%
Trauer (t)	23	8,2%	71	16,4%	66	13,8%

Patientin 5 (AAI)	Messzeitpunkt					
	T 1		T 4		T 6	
Gefühle	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten
Liebe andere (aa)	13	7,4%	0	0,0%	21	17,4%
Bewunderung andere (ada)	3	1,7%	0	0,0%	0	0,0%
Liebe selbst (as)	2	1,1%	0	0,0%	1	,8%
Ärger andere (ca)	31	17,7%	0	0,0%	30	24,8%
Ruhe (cal)	8	4,6%	0	0,0%	7	5,8%
Schuld (cu)	1	,6%	0	0,0%	0	0,0%
Ekel andere (da)	5	2,9%	0	0,0%	3	2,5%
Verlangen (de)	9	5,1%	0	0,0%	7	5,8%
Scham (h)	2	1,1%	0	0,0%	8	6,6%
Interesse (i)	6	3,4%	0	0,0%	1	,8%
Freude (j)	11	6,3%	0	0,0%	5	4,1%
Verachtung andere (ma)	3	1,7%	0	0,0%	4	3,3%
Verachtung selbst (ms)	3	1,7%	0	0,0%	1	,8%
Undifferenziert negativ (neg)	13	7,4%	0	0,0%	12	9,9%
Angst (p)	4	2,3%	0	0,0%	4	3,3%
Undifferenziert positiv (pos)	8	4,6%	0	0,0%	7	5,8%
Überraschung (s)	0	0,0%	0	0,0%	1	,8%
Trauer (t)	13	7,4%	0	0,0%	9	7,4%

Patient 1 (AAI)	Messzeitpunkt		
	1	4	6
	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score
Gefühle	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Liebe andere (aa)	2,6	2,8	2,7
Bewunderung andere (ada)	2,6	2,4	2,6
Bewunderung selbst (ads)	2,0	2,0	2,0
Liebe selbst (as)	2,0	1,9	2,8
Ärger andere (ca)	1,7	1,7	2,0
Ruhe (cal)	3,2	2,9	3,0
Ärger selbst (cs)		4,0	
Schuld (cu)		2,8	3,0
Ekel andere (da)	2,7	3,0	2,0
Verlangen (de)	3,9	4,0	3,7
Scham (h)	2,0	3,0	
Interesse (i)	3,3	3,2	3,0
Hilflosigkeit (im)	1,9	2,8	2,0
Indifferenz (in)	3,3	2,8	4,0
Freude (j)	3,6	3,3	2,9
Verachtung andere (ma)	2,1	2,2	1,3
Verachtung selbst (ms)	2,0	2,0	2,7
Undifferenziert negativ (neg)	2,9	2,8	2,8
Angst (p)	3,2	3,4	2,8
Undifferenziert positiv (pos)	3,3	2,4	2,0
Überraschung (s)	1,9	2,0	2,0
Sex (sex)	3,0	2,5	
Trauer (t)	2,4	2,9	3,3

Patient 2 (AAI)	Messzeitpunkt		
	1	4	6
	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score
Gefühle	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Liebe andere (aa)	2,3	2,6	2,5
Bewunderung andere (ada)		2,3	2,0
Bewunderung selbst (ads)		2,0	1,3
Liebe selbst (as)	4,0	2,7	2,8
Ärger andere (ca)	1,8	1,3	2,0
Ruhe (cal)	1,7	2,7	4,0
Ärger selbst (cs)	1,0		
Schuld (cu)	2,0		
Ekel andere (da)	3,1	3,3	
Verlangen (de)	4,0	4,0	4,0
Scham (h)	1,9	2,4	2,8
Interesse (i)	3,3	3,5	2,1
Hilflosigkeit (im)	2,6	2,3	2,9
Indifferenz (in)	2,0	2,3	2,6
Freude (j)	3,9	3,6	3,3
Verachtung andere (ma)	1,9	1,7	2,4
Verachtung selbst (ms)	1,3	2,0	
Undifferenziert negativ (neg)	3,3	2,2	2,3
Angst (p)	3,3	2,9	2,8
Undifferenziert positiv (pos)	2,7	3,2	4,0
Überraschung (s)		2,0	2,0
Sex (sex)	4,0	2,0	2,7
Trauer (t)	2,1	3,5	2,9

Patientin 3 (AAI)	Messzeitpunkt		
	1	4	6
	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score
Gefühle	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Liebe andere (aa)	3,1	2,5	2,7
Bewunderung andere (ada)	2,1	1,9	2,1
Bewunderung selbst (ads)	2,0	2,5	
Liebe selbst (as)		2,0	
Ärger andere (ca)	1,6	1,6	1,6
Ruhe (cal)	2,6	3,1	4,0
Ärger selbst (cs)	0,8	1,5	2,0
Schuld (cu)	2,0	2,2	3,3
Ekel andere (da)	2,7	2,3	2,5
Verlangen (de)	3,7	3,3	3,2
Scham (h)		4,0	3,0
Interesse (i)	2,8	3,3	4,0
Hilflosigkeit (im)	1,8	3,0	4,0
Indifferenz (in)		3,1	3,3
Freude (j)	2,9	2,8	3,2
Verachtung andere (ma)	2,2	1,8	1,9
Verachtung selbst (ms)	1,6	2,0	2,0
Undifferenziert negativ (neg)	2,3	2,0	3,0
Angst (p)	3,2	2,5	3,0
Undifferenziert positiv (pos)	2,5	3,8	3,3
Überraschung (s)	2,4	2,7	2,4
Sex (sex)	1,0	1,0	1,0
Trauer (t)	1,7	2,1	2,2

Patientin 4 (AAI)	Messzeitpunkt		
	1	4	6
	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score
Gefühle	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Liebe andere (aa)	3,0	2,9	2,6
Bewunderung andere (ada)	1,8	2,0	2,0
Bewunderung selbst (ads)		2,0	
Liebe selbst (as)	2,6	1,7	2,5
Ärger andere (ca)	1,7	1,4	1,4
Ruhe (cal)	2,5	2,6	2,1
Ärger selbst (cs)	2,0	0,8	2,0
Schuld (cu)	2,8	4,0	3,2
Ekel andere (da)	1,9	2,5	2,4
Verlangen (de)	3,7	3,9	3,8
Ekel selbst (ds)		2,0	2,0
Schuld (cu)			3,4
Scham (h)	1,9	3,7	3,0
Interesse (i)	2,4		3,2
Hilflosigkeit (im)	2,2	2,2	2,4
Indifferenz (in)	2,7	3,0	3,4
Freude (j)	3,1	3,2	3,1
Verachtung andere (ma)	1,9	2,0	1,9
Verachtung selbst (ms)	2,7	2,0	2,0
Undifferenziert negativ (neg)	2,6	2,5	1,9
Angst (p)	2,9	2,7	2,7
Undifferenziert positiv (pos)	2,5		2,8
Überraschung (s)	2,5	2,2	2,2
Sex (sex)		1,5	
Trauer (t)	2,4	2,7	2,6

Patientin 5 (AAI)	Messzeitpunkt		
	1	4	6
	Weighted Score	Weighted Score	Weighted Score
Gefühle	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Liebe andere (aa)	2,2		2,3
Bewunderung andere (ada)	2,7		
Liebe selbst (as)	2,0		4,0
Ärger andere (ca)	1,2		1,3
Ruhe (cal)	2,6		4,0
Schuld (cu)	4,0		
Ekel andere (da)	3,2		2,0
Verlangen (de)	4,0		4,0
Scham (h)	3,0		1,7
Interesse (i)	3,3		4,0
Freude (j)	3,0		3,6
Verachtung andere (ma)	1,5		2,3
Verachtung selbst (ms)	2,3		2,0
Undifferenziert negativ (neg)	2,7		2,5
Angst (p)	2,8		3,0
Undifferenziert positiv (pos)	3,3		3,1
Überraschung (s)			4,0
Trauer (t)	2,6		2,3

Anhang G - Verwendetes Datenmaterial für die Korrelation von GEVA und MICA mit der RFS

RFS	Messzeitpunkt		
	T1	T4	T6
Patient 1	3	5	5
Patient 2	5	4	5
Patientin 3	7	4	7
Patientin 4	6	6	5
Patientin 5	3		4

AAI GEVA- und MICA-Weighted Scores	Trauer gesamt		
	T1	T4	T6
Patient 1	2,4	2,9	3,3
Patient 2	2,1	3,5	2,9
Patientin 3	1,7	2,1	2,2
Patientin 4	2,4	2,7	2,6
Patientin 5	2,6		2,3
	Trauer Selbst		
	T1	T4	T6
Patient 1	2,6	2,7	3,1
Patient 2	2,1	3,5	2,9
Patientin 3	1,8	2,1	2,3
Patientin 4	2,6	2,6	2,5
Patientin 5	2,8		2,3
	Feindseligkeit gegen andere - Andere		
	T1	T4	T6
Patient 1	2,0	2,0	1,8
Patient 2	1,5	1,3	1,9
Patientin 3	1,8	1,5	1,5
Patientin 4	1,6	1,6	1,8
Patientin 5	1,2		1,4
	Feindseligkeit gegen andere - selbst		
	T1	T4	T6
Patient 1	1,6	2,0	2,1
Patient 2	2,7	2,1	2,7
Patientin 3	2,0	1,9	2,1
Patientin 4	2,0	2,1	1,9
Patientin 5	1,8		1,6

AAI GEVA- und MICA-Weighted Scores	Negative Valenz - Andere		
	T1	T4	T6
Patient 1	2,1	2,7	2,9
Patient 2	1,8	1,8	2,2
Patientin 3	1,9	1,7	1,8
Patientin 4	1,9	2,0	2,4
Patientin 5	1,5		1,3
	Negative Valenz - Selbst		
	T1	T4	T6
Patient 1	2,6	2,6	2,6
Patient 2	2,6	2,6	2,7
Patientin 3	2,1	2,3	2,5
Patientin 4	2,5	2,5	2,4
Patientin 5	2,3		1,8

Anhang H - Verwendetes Datenmaterial für die Korrelation von *GEVA* und *MICA* mit der *SCL-90-R*

SCL-90-R Werte	Messzeitpunkt							
	1		3		4		5	
	GSI	PSDI	GSI	PSDI	GSI	PSDI	GSI	PSDI
Patient 1	64	70	72	74			53	55
Patient 2	60	60			54	58		
Patientin 3	60	65	51	51			48	44
Patientin 4	80	68	80	74				
Patientin 5	61	55	57	52				